

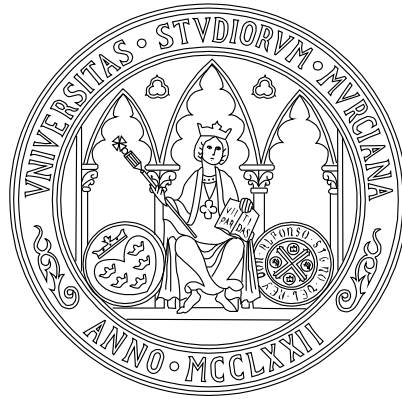
**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS  
SOCIOSANITARIAS

Atención Primaria de Salud: de la Teoría a la  
Práctica Aplicada a un Problema de Salud

**José Martínez López**

2015



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIOSANITARIAS**

**ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TESIS DOCTORAL**

“ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: DE LA TEORÍA A LA  
PRÁCTICA APLICADA A UN PROBLEMA DE SALUD.”

MEMORIA QUE PRESENTA PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE DOCTOR,  
EL LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGIA

**JOSÉ MARTÍNEZ LÓPEZ**

TESIS DIRIGIDA POR EL PROFESOR

**D. Alberto Manuel Torres Cantero**

Murcia, 23 de Noviembre de 2015

**“Nunca vi Alma Ata.**

**Lo digo con el sentimiento con que  
Paco Ibáñez, cantautor español, ponía  
música a la Balada del que nunca fue a  
Granada, del poeta Rafael Alberti”**

**(Juan Gérvas, 2004)**

# **Dedicatoria**

**A mi familia, Teresa, Javier y Guillermo,  
me estimulan todos los días  
para ser mejor.**

## AGRADECIMIENTOS

- **A quienes han sido mi referentes.** **Huberto Sanz Benítez** dermatólogo republicano que me inició en los valores de la medicina , **José María Morales Meseguer** médico, amigo y compañero del Partido Socialista Popular que me inició en los valores del compromiso social, **Pedro Maset Campos** que me inició en la teoría del conocimiento científico y de la Atención Primaria de Salud, y **Eduardo Albaladejo Monreal**, que me introdujo en la mejor práctica de la Medicina de Familia.
- **A Alberto M. Torres Cantero.** Mi director de Tesis. Porque un día me convenció de emprender esta tarea y, sin su ánimo y ayuda, no creo que la hubiera terminado.
- **A Guillermo Martínez Martín**, mi hijo, que me ha ayudado en las ideas y hemos debatido cada aspecto de la tesis. De su entrega y cariño han salido las mejores partes de este trabajo.
- **A mis compañeros del Centro de Salud Vistalegre-La Flota.** Por conseguir un clima laboral y profesional que libera la creatividad, el conocimiento y el debate de las ideas con respeto a todas las opiniones. Que, además, da opción al “*laissez faire*” en beneficio de todos para desarrollar el crecimiento personal en la búsqueda infinita por la excelencia. Quiero expresar un agradecimiento especial a aquellos compañeros con los que me une una especial amistad, labrada a lo largo de los muchos años de trabajo en común, como Manuel Sánchez Pinilla, Pedro J Avellaneda Molina, Pedro Pérez López, Esteban Granero Fernández, Rosa M Pérez Tomás, Antonio Ferrer Mora e Isabel M Hidalgo García y a aquellos otros con los que, en los últimos años, he compartido trabajo y amistad como Concha Escribano Sabater, Pascual A Jiménez Candel, Aurora González García, Enrique J Gutiérrez Sánchez, M Isabel Espín Ríos, Antonio J Ballester Carreras, Antonio Paredes Sidrach de Carmona, Pedro García Martínez, María José López Jiménez, María Luisa Vidal Maestre y Diego Albaladejo Monreal. Por último, no quiero olvidar a Aurora Tomás Lizcano la mejor enfermera con la que he trabajado compartiendo tareas y respeto hacia los pacientes.
- **A mis residentes.** Compartir conocimientos, experiencias, momentos críticos y alegrías es una de las mayores satisfacciones que puede tener un médico. Pero si además lo haces con personas cargadas de valores, entusiasmo y cariño, la docencia deja de ser sólo un compromiso ético con la profesión para convertirse en el motor de progreso y mejora profesional que anula permanentemente nuestra tendencia al “burnout”. Muchas gracias a Laura Carmona Calvo-Flores, Alberto Cárceles Álvarez, H Merari Campuzano Castellanos, Nuria García Cegarra, Francisco A Guirao Salinas y a todos los demás con los que he compartido trabajo, estudios, sesiones clínicas y congresos.

- **A mis pacientes.** Gracias por dejarme compartir momentos de sus vidas que me han enriquecido personal y profesionalmente. Pocas ideas son más gratificantes que pensar que cuando se abre la puerta de la consulta, con las personas que entran penetra “la vida”, lo que somos, el mundo en el que vivimos y que es obligatorio conocer e interpretar sus claves; lo único que hace falta es ponerse “las gafas” adecuadas para verlo. Gracias a los pacientes de Águilas, La Copa de Bullas, Cartagena, Portmán, La Unión, Murcia y, ahora, Molina de Segura.
- **A mis compañeros del Centro de Salud Molina Sur-Jesús Marín.** Gracias a quienes me han proporcionado “cobijo” y buena compañía.
- **A mis amigos del Círculo de Salud de Podemos.** Gracias por conseguir un espacio abierto y respetuoso para el intercambio de las ideas que me ha permitido recuperar la esperanza de que otro mundo es posible.
- **A Victoria Reolid Córcoles.** Amiga y correctora gramatical.
- **A Julián Areense Gonzalo.** Profesor asociado del Departamento de Ciencias Sociosanitarias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Por su ayuda en el tratamiento estadístico.
- **A Javier Salazar Aparicio.** Catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia y amigo. Por empujarme a continuar en los momentos más oscuros del ánimo.
- **Al programa “A vivir que son dos días. Región de Murcia” de la Cadena SER** con el que llevo colaborando seis años y que me ha ayudado mucho a tratar de explicar la medicina con un lenguaje comprensible que todos puedan entender. Muchas gracias a mi amiga Lucía Hernández Soler por compartir unos momentos inolvidables de radio y dirigir, con sabiduría y elegancia, el programa de mayor audiencia de la radiodifusión generalista murciana en los fines de semana. Muchas gracias también a Alberto Castillo Baños que pensó en mí, me ofreció la colaboración y una amistad que perdura pese a los avatares de la vida. Muchas gracias también al resto de periodistas de la Cadena por su cariño y amistad.
- **A quienes dedican su esfuerzo por una sanidad pública y de calidad.**

## **Abreviaturas**

<b>a. C</b>	Antes de Cristo
<b>ACR</b>	American College of Rheumatology – Organización Colegial Americana de Reumatología
<b>ADN</b>	Acido Desoxirribonucleico
<b>AECC</b>	Asociación Española contra el Cáncer
<b>AMPA</b>	Asociación de Madres y Padres de Alumnos
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>ATEP</b>	Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional
<b>AVAD</b>	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
<b>BCG</b>	Bacilo Calmette-Guérin
<b>BDCAP</b>	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
<b>BMA</b>	British Medical Association – Asociación Médica Británica
<b>BMJ</b>	British Medical Journal
<b>BOE</b>	Boletín Oficial Española
<b>BORM</b>	Boletín Oficial de la Región de Murcia
<b>BPS</b>	Biopsicosocial
<b>CARM</b>	Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
<b>CCAA</b>	Comunidades Autónomas
<b>CE</b>	Centro de Especialidades Médicas
<b>CIAP</b>	Clasificación Internacional de Atención Primaria
<b>CIAS</b>	Código de Identificación Autonómica Sanitaria
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades

<b>CIEMPS</b>	Centro Regional de Información y Evaluación de Medicamentos
<b>CIS</b>	Centro de Investigaciones Sociológicas
<b>CISNS</b>	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
<b>CNEMFC</b>	Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria
<b>CRETS</b>	Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
<b>CS</b>	Centro de Salud
<b>CSF</b>	“Centro de Salud Vistalegre – La Flota”
<b>CSIC</b>	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
<b>d. C</b>	Después de Cristo
<b>DAST</b>	Receta Traspuesta a la Directiva de Asistencia Sanitaria Europea
<b>DGP</b>	Dirección General de Profesionales
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>EEUU</b>	Estados Unidos de América
<b>EAP/EAPs</b>	Equipo/s de Atención Primaria
<b>EBMWG</b>	Evidence-based Medicine Working Group – Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia.
<b>ECOIE</b>	Evaluación Clínica Objetiva Estructurada
<b>EFQM</b>	European Foundation for Quality Management “Fundación Europea para la Gestión de la Calidad”
<b>EPOC</b>	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
<b>EpS</b>	Educación Para la Salud
<b>ESAD</b>	Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria
<b>ESAH</b>	Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria
<b>FFF</b>	Female Education, Family Spacing and Food Supplements “Estrategia de Unicef de apoyo a la Mujer, consistente en tres puntos: Educación de la Mujer, Planificación Familiar y Suplementación Alimentaria”



<b>FRA</b>	Fundamental Rights Agency (Agencia Europea de los Derechos Fundamentales)
<b>GOBI</b>	Growth Monitoring, Oral Rehydration, Breast Feeding, Immunization. “Estrategia de UNICEF para combatir la Mortalidad Infantil, mediante Control de Crecimiento, Hidratación Oral, Lactancia Materna e Inmunización.”
<b>GS</b>	Gasto Sanitario
<b>HC</b>	Historia Clínica
<b>HCE</b>	Historia Clínica Electrónica
<b>HMM/HUMM</b>	Hospital Morales Meseguer/Hospital Universitario Morales Meseguer
<b>HTA</b>	Hipertensión Arterial
<b>ICOAP</b>	Evaluación del Dolor Intermitente y Constante por Osteoartropatía
<b>ICRP</b>	International Commission on Radiation Protection – Comisión Internacional de Protección Radiológica
<b>ILT</b>	Incapacidad Laboral Transitoria (Actualmente: IT /Incapacidad Temporal)
<b>INCLASS</b>	Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>INEM</b>	Instituto Nacional de Empleo
<b>INP</b>	Instituto Nacional de Previsión
<b>INSALUD</b>	Instituto Nacional de la Salud
<b>INSERSO</b>	Instituto Nacional de Servicios Sociales
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de la Seguridad Social
<b>IRPF</b>	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas
<b>LBSS</b>	Ley de Bases de la Seguridad Social
<b>LE</b>	“Listas de Espera”
<b>LGS</b>	Ley General de Sanidad (de 1986)
<b>MBE</b>	Medicina Basada en la Evidencia

<b>MF</b>	Médico de Familia
<b>MFyC-</b>	Medicina Familiar y Comunitaria
<b>MIR</b>	Médico Interno Residente
<b>MUFACE</b>	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
<b>NCRP</b>	National Council on Radiation Protection – Consejo Nacional de Protección Radiológica
<b>NDR</b>	Niveles de Dosis de Referencia
<b>NHS</b>	National Health Service “Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña”
<b>OA</b>	Osteoartrosis
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
<b>OMIap</b>	Organización y Management Informático para la Atención Primaria
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PACAP</b>	Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria
<b>PDI</b>	Pruebas de Diagnóstico por Imagen
<b>PIAM</b>	Programa Integral de Atención a la Mujer
<b>PIB</b>	Producto Interior Bruto
<b>PIR</b>	Psicólogo Interno Residente
<b>PSOE</b>	Partido Socialista Obrero Español
<b>PVP</b>	Precio de Venta al Público
<b>RD</b>	Real Decreto
<b>RDL</b>	Real Decreto Ley
<b>RE</b>	“Receta Electrónica”
<b>RMN</b>	Resonancia Magnética Nuclear

<b>RRC-FP</b>	Residency Review Committee for Family Practice (Comité de Regulación de la Residencia de Medicina de Familia)
<b>Rx</b>	Radiografía
<b>SEMERGEN</b>	Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Sociedad de Médicos de Atención Primaria
<b>SEMFYC</b>	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
<b>SEMG</b>	Sociedad Española de Medicina General
<b>SIAP</b>	Sistema de Información de Atención Primaria
<b>SICAP</b>	Sistemas de Información de los Centros de Atención Primaria
<b>SMS</b>	Servicio Murciano de Salud
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SOE</b>	Seguro Obligatorio de Enfermedad
<b>SUAP</b>	Servicio de Urgencias de Atención Primaria
<b>TAC</b>	Tomografía Axial Computarizada
<b>TBC</b>	Tuberculosis
<b>TRLCAP</b>	Texto Refundido de la Ley de Contratos de la Administración Pública
<b>TSI</b>	Tarjeta Sanitaria Individual
<b>UBA</b>	Unidad Básica de Atención
<b>UCD</b>	Unión de Centro Democrático
<b>UE</b>	Unión Europea
<b>UGA</b>	Unidad Ginecológica de Apoyo
<b>UME</b>	Unidad Médica de Emergencias
<b>UNICEF</b>	“United Nations International Children's Emergency Fund “Fondo Internacional para Emergencias de la Infancia de las Naciones Unidas”
<b>URM</b>	Uso Racional del Medicamento
<b>VIH/SIDA</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

**WONCA** World Organization of National Colleges and Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians . Organización Mundial de Organizaciones Colegiales Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generalistas/Médicos de Familia.

**ZBS** Zona Básica de Salud

## Índice

<b>Contenidos</b>	<b>Pág.</b>
Índice de Tablas	18
Índice de Ilustraciones	21
Preámbulo	23
1. Introducción general	25
1.1. Por qué estamos donde estamos: Una perspectiva evolutiva de la salud y la enfermedad a lo largo de los tiempos	26
1.2. Visión histórica del concepto salud	29
2. Bases teóricas y filosóficas de la Atención Primaria.	35
2.1. ¿Por qué surgió la propuesta de un nuevo modelo para la organización de los servicios sanitarios?	36
2.1.1. El patrón epidemiológico	37
2.1.2. La organización de los servicios sanitarios en Europa	50
2.1.3. Las organizaciones sanitarias internacionales	57
2.1.4. El contexto sociopolítico y sanitario en la década de los años 70 del siglo XX	59
2.1.5. Un nuevo modelo de atención médica: Engel	62
2.1.6. Razones para el cambio	63
2.2. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. Una nueva forma de organizar los servicios asistenciales.	65
2.2.1. Los desarrollos de la Atención Primaria de Salud: las dos Alma-Ata. Los alineamientos políticos y financieros: el debate ideológico	69
2.2.2. La Atención Primaria de Salud Selectiva	71
2.2.3. La Atención Primaria de Salud Integral	74
2.2.4. Conclusiones: lo que queda del modelo	75
2.2.5. La promoción de la salud	77
2.3. La Atención Primaria de Salud en España	82
2.3.1. Historia de la sanidad española hasta la constitución de 1978	83
2.3.2. Implantación de la nueva Atención Primaria de Salud	87
2.3.3. Perfil profesional: la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria	90
2.3.4. Bases de la Atención Primaria en España	93

2.3.5. El desarrollo de la Atención de Salud en España	98
2.3.6. Resultados del periodo. El INSALUD en 2001	119
2.3.7. El desarrollo de la Promoción de la Salud en el INSALUD	120
2.3.8. El conflicto profesional en Atención Primaria	121
2.3.9. El proceso de descentralización del SNS. Las transferencias sanitarias	125
2.4. La Atención Primaria de Salud en la Región de Murcia	129
2.4.1. Desarrollo Legislativo	130
2.4.2. Acciones en política y gestión sanitarias	134
2.4.3. Resultados de la gestión	143
2.5. La Atención Primaria en la Zona Básica de Salud Vistalegre-La Flota	153
2.5.1. Descripción de la Zona Básica de Salud	154
2.5.2. Descripción del Centro de Salud Vista Alegre-La Flota	156
2.5.3. Historia del EAP Vistalegre-La Flota	160
2.5.4. Los Recursos Humanos del EAP	163
2.5.5. La población atendida por el EAP	164
2.5.6. Datos de actividad del EAP	166
2.5.7. Atención comunitaria	172
3. Justificación y fundamentos metodológicos de la primera parte de la tesis.	177
3.1. Participación ciudadana.	180
3.1.1. Participación en el proceso de tomas de decisiones sobre la salud.	182
3.1.2. Participación en el control de la gestión.	182
3.2. Accesibilidad	184
3.2.1. Barreras a la accesibilidad	184
3.2.2. Accesibilidad geográfica	185
3.2.3. Nuevas Tecnologías	185
3.2.4. Listas de Espera	186
3.3. Metodología apropiada.	191
3.3.1. Método clínico en APS	192

3.3.1.1. Del método biomédico al biopsicosocial	193
3.3.1.2. Método de la psicología clínica	193
3.3.1.3. Redes de apoyo	194
3.3.1.4. Medicina Comunitaria	197
3.3.2. Registro de actividad: Historia clínica	198
3.3.2.1 El Registro de datos.	200
3.3.2.1.1. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)	200
3.3.2.1.2. La Clasificación Internacional de Atención Primaria.	201
3.3.2.2. La Historia Clínica Electrónica (HCE)	204
3.4. Evidencia científica.	207
3.5. Tecnología Adecuada	208
4. Justificación del estudio de los problemas de salud de rodilla en Atención Primaria	211
5. Objetivos e hipótesis	220
6. Método	221
6.1. Diseño y población de estudio	222
6.2. Identificación de los pacientes	222
6.3. Procedimientos de trabajo de campo	222
6.4. Variables del estudio	223
6.3. Análisis de datos	227
7. Resultados del estudio cualitativo	228
7.1. Análisis del cumplimiento del modelo de atención primaria de salud	229
7.2. Universalización	230
7.3. Participación ciudadana	230
7.4. Accesibilidad	230
7.4.1. Barreras arquitectónicas	230
7.4.2. Barreras geográficas	231
7.4.3. Barreras de transporte	234



7.4.4. Barreras horarias	235
7.4.5. Barreras en las telecomunicaciones	236
7.4.6. Listas de espera (LE)	238
8. Resultados del estudio cuantitativo	240
8.1. La anamnesis	241
8.2. La exploración física	244
8.3. Resultados de la tecnología aplicada según evidencia científica	246
8.4. Resultado final del proceso asistencial	249
9. Discusión del estudio	254
9.1. Discusión de los resultados cuantitativos	255
¿Se puede desarrollar el modelo de atención integral?	256
¿Está diseñada la HCE (OMIap) para el modelo de atención integral?	257
¿Responde la CIAP-2 a las necesidades de la atención clínica?	258
Principales resultados en anamnesis y exploración física	259
Uso adecuado de la tecnología en pacientes con problemas de rodilla	261
Del episodio al diagnóstico	262
¿Hay equidad en la atención cuando se observa variabilidad en la práctica clínica?	263
9.2. Discusión de los aspectos comunes a la Atención Primaria: Lo ganado, lo perdido, lo olvidado	265
9.2.1. La reforma sanitaria para la población	268
Universalidad	269
Accesibilidad	274
Participación ciudadana	280
Prestación de servicios	282
Expectativas y necesidades	283
Necesidad de cuidados	284
La salud como bien de consumo	286
Satisfacción global	287

9.2.2. La reforma sanitaria en los profesionales	<b>287</b>
Atención comunitaria: un olvido injustificable	<b>290</b>
De la atención centrada en los factores de riesgo al “menos es más”	<b>291</b>
Nuevos conceptos, viejas formas	<b>295</b>
9.2.3. La reforma sanitaria en la Administración	<b>296</b>
Estructura organizativa de la administración sanitaria española: el olvido de Alma-Ata	<b>297</b>
La dirección de los EAPs	<b>299</b>
La infrafinanciación	<b>300</b>
La pérdida o crisis de valores de la sanidad pública	<b>302</b>
9.2.4. Comentario final	<b>305</b>
10. Conclusiones	<b>307</b>
11. Bibliografía	<b>309</b>

## Índice de tablas

Nº	Título	Página
1	Modelos sistemas sanitarios en Europa	55
2	Conferencias y Reuniones internacionales en torno a la Promoción de la Salud	78
3	Diferencias del modelo asistencial	87
4	Población Empadronada en España	110
5	Población protegida en la Seguridad Social periodo INSALUD	111
6	Desarrollo de las Prestaciones en el INSALUD	113
7	Porcentaje de cobertura alcanzada por algunos servicios	114
8	Gasto sanitario en millones de Euros	115
9	Distribución del Gasto Sanitario Público Español	116
10	Gastos de personal por habitante y año (pesetas)	117
11	Evolución de la Presión Asistencial en Atención Primaria	117
12	Evolución de la Frecuentación en Atención Primaria	118
13	Personal INSALUD 2001	119
14	Evolución de la cobertura del SMS	143
15	Evolución del Gasto Sanitario Público comparado Murcia/España	144
16	Indicadores del Estado de Salud comparado Murcia/España	146
17	Determinantes de la Salud comparados Murcia/España	148
18	Incrementos de Recursos Humanos del SMS	150
19	Recursos de tecnología sanitaria comparados Murcia/España en funcionamiento por 100.000 habitantes	151
20	Resultados de Cartera de Servicios del EAP en 2012	167
21	Pacientes pendientes de intervención quirúrgica. Por procesos	188
22	Pacientes pendientes de intervención quirúrgica en diciembre de 2014. Por especialidades	188
23	Pacientes en espera para primera consulta externa en Atención Especializada. Diciembre 2014	188
24	Pacientes en espera de primera prueba diagnóstica. Diciembre 2014	189

25	Etapas fundamentales del método clínico y registro en OMIap	215
26	Datos a recoger en la anamnesis de la rodilla	216
27	Datos a recoger en la exploración física de la rodilla	216
28	Uso adecuado basado en la evidencia de las PDI ante el dolor de rodilla	218
29	Resultados de las Variables Cualitativas	229
30	Registro de la Anamnesis. Sexo y Grupo de Edad	241
31	Nº de registros en la Anamnesis	243
32	Registro de la Exploración. Sexo y Grupo de Edad	244
33	Probabilidad de un Resultado Positivo en la Exploración Física	245
34	Nº de registros en la Exploración Física	246
35	Uso de las Pruebas de Diagnóstico por Imagen	247
36	Tipo de PDI elegida y adecuación de la misma a la evidencia	247
37	Análisis de Regresión logística de los factores asociados a la solicitud de PDI	248
38	Precisión diagnóstica tras el proceso asistencial	250
39	Análisis de Regresión logística de los factores asociados a la precisión diagnóstica	252
40	Relación entre Episodios y Diagnósticos encontrados	252

## Índice de Ilustraciones

Nº	Título	Página
1	El Ciclo económico de Horwitz	33
2	Los Determinantes de la Salud	34
3	Principales causas de muerte en USA	61
4	Las dos Alma-Ata	70
5	El territorio INSALUD	126
6	Cronología de las transferencias sanitarias	128
7	Áreas Sanitarias de la Región de Murcia	134
8	Evolución del número de Médicos de Familia en la Región de Murcia	149
9	Relación Tarjetas Sanitarias Individuales y Médicos de Familia en EAPs	149
10	Barrios y Pedanía de la ZBS	155
11	Pirámide de Población de la ZBS	156
12	Ubicación del Área VI en la Región de Murcia	157
13	Vista panorámica del entorno del Centro de Salud Vistalegre-La Flota	158
14	Línea de Tranvía a su paso por el CSF	233
15	Líneas de Autobuses a su paso por el CSF	234
16	Porcentaje del nº de variables registradas en los episodios	242
17	Red de centros adscritos al Mapa Sanitario de la Región de Murcia	276
18	Factores que influyen en las Listas de Espera	278
19	Evolución del Gasto Sanitario en Especializada y Primaria	301

## Preámbulo



## **Preámbulo**

Esta tesis pretende analizar el modelo de la Atención Primaria de la Salud (APS) propuesto en la Conferencia de Alma-Ata, que sirvió de guía para la construcción de nuestro Sistema Nacional de Salud y que recogieron dos acciones legislativas fundamentales en España: el RD 137/1984 sobre estructuras básicas de salud (1) y, dos años más tarde, la Ley General de Sanidad (2). Estas dos, junto a la tardía Ley General de la Salud Pública (3), configuran al marco legislativo sobre el que se organiza la sanidad pública española.

La APS que promovió Alma-Ata fue un proyecto de futuro que pretendía resolver la ineficiencia de los recursos sanitarios que los países ofrecían a sus ciudadanos para mejorar la salud de la población. Este proyecto partía de unas deficiencias asistenciales y promovió una nueva organización de los recursos asistenciales para conseguir más salud, disminuyendo las desigualdades sociales, y a un coste más eficiente.

Ante todo fue una apuesta, de alto contenido filosófico, que entendía a las personas con una perspectiva holística, integrando en la atención sanitaria las propuestas y puntos de vista de muchas disciplinas de la ciencia como la antropología, la sociología, la medicina clínica, la psicología, el trabajo social, la epidemiología, etc. La comprensión del individuo debía practicarse desde su contextualización social porque sus problemas de salud se representan de distinta manera según la dimensión social de cada uno, con sus relaciones personales, vecinales, comunitarias, laborales o familiares.

Así pues, el modelo de Atención Primaria fue fruto de unas causas y planteó unos objetivos con un recorrido determinado. La intención de la tesis es analizar esas causas, dimensionar el modelo propuesto y analizar los logros tras cerca de treinta años de su aplicación en España. ¿Está consiguiendo los objetivos propuestos? ¿Dónde ha fallado?

# 1. Introducción general

## **1.1. ¿Por qué estamos donde estamos?: Una perspectiva evolutiva de la salud y la enfermedad a lo largo de los tiempos**

Daniel E. Lieberman, profesor de Biología Evolutiva Humana de la Universidad de Harvard, aporta en su libro “La Historia del Cuerpo Humano”(4)<sup>1</sup>, un fascinante viaje por la evolución del cuerpo humano para su adaptación a las funciones que realiza, desde los primeros homínidos, hasta nuestra especie ( homo sapiens) que surgió, como nos recuerda, hace unos 200.000 años en África. Se intenta explicar por qué el cuerpo humano es como es, producto de la adaptación a un medio ambiente determinado y nos da una visión de los cambios en la evolución de la raza humana desde la perspectiva de la salud y la enfermedad que no sólo ayuda a comprender el pasado, sino que incluso se convierte en el medio para comprender nuestro presente.

En dicho libro, Lieberman nos habla de la paradoja, de que mientras posiblemente vivimos (y se refiere al mundo desarrollado) la época más sana de toda la historia de la humanidad (podemos esperar razonablemente vivir muchos años, que nuestros hijos nos sobrevivan, hemos vencido a muchas enfermedades que solían matar a muchísimas personas...), nos asolan toda una serie de enfermedades y discapacidades que son en algún modo prevenibles (ciertos cánceres, obesidad, diabetes mellitus tipo II, osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, lumbalgias, miopía, alergias.....). Algunos de esos trastornos son antiguos, pero otros son nuevos o han aumentado enormemente su prevalencia, causando sufrimiento en las personas y un problema de sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

La originalidad de Lieberman para explicar estos fenómenos, es volver la vista a las antiguas sabanas de África y, con cierta perspectiva prehistórica, interpretar cómo los cambios biológicos que ha experimentado nuestra especie, en sus 6 millones de años, han estado relacionados con la capacidad de adaptación al entorno expresada por la capacidad reproductiva de los más adaptados. Nuestro cuerpo fue modelado en condiciones de alimento escaso y que precisaba de esfuerzo físico para su obtención. Estas adaptaciones se van transmitiendo mediante los genes de generación en generación

---

<sup>1</sup> Tengo mucho que agradecer al Dr. Pedro J. Avellaneda Molina, médico de familia del Centro de Salud Vistalegre-La Flota, compañero y amigo, pero aquí quiero expresarle mi gratitud por aconsejarme la lectura del libro de Lieberman y por sus aportaciones para la tesis.

Pero el ser humano es un animal complejo. Tenemos un extraordinario cerebro que nos permite reflexionar, imaginar y elaborar complejos patrones de conducta que vamos transmitiendo a nuestros descendientes, no ya por genes, sino mediante el aprendizaje. Llamamos cultura a todos esos conocimientos y comportamientos que no son innatos, sino aprendidos y también han ido evolucionando con el tiempo y transformando el entorno en que vivimos.

Evidentemente, los cambios de la evolución biológica y la cultural llevan velocidades distintas y ambas dejaron de mantener unos ritmos de crecimiento paralelos, cuando nuestros primitivos cazadores-recolectores fueron capaces de establecerse en grandes comunidades desarrollando habilidades de cooperación (agricultura) que transformaron profundamente el entorno y alteraron la velocidad de adaptación. Con la agricultura se consiguió una mayor abundancia de alimentos que permitió su intercambio (comercio) pero obligó a la concentración de personas en espacios comunes que fueron los precursores de las ciudades. Estas ciudades, establecidas en unas condiciones poco higiénicas, además del contacto continuo con los animales domesticados, favorecieron la aparición de muchas enfermedades infecciosas. Esto junto al hecho de que la dieta se hizo más pobre y menos variada, pues dependía solo de las variedades cultivadas, motivó que los primeros agricultores murieran más jóvenes y sufrieron de más enfermedades que los cazadores-recolectores.

Otro gran salto se produjo cuando la evolución cultural alumbró en el siglo XVIII la revolución industrial. A partir de este momento las máquinas suplirían el esfuerzo físico que los humanos tenían que realizar para conseguir su alimento. Se multiplicó la productividad y con ello la energía disponible. Se iniciaba (está claro que no en todos sitios) una época de abundancia en cuanto a variedad y cantidad de alimentos disponibles. El ser humano, un organismo modelado por la escasez y el esfuerzo, se encontraba en un entorno de abundancia y sedentarismo.

La adaptación biológica es mucho más lenta y menos permeable a los cambios que la evolución cultural, por lo que nuestro patrón epidemiológico actual (alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares y cáncer) se relaciona sobre todo con las que denomina “enfermedades por desajuste” que se producen porque nuestro cuerpo está insuficientemente adaptado a nuestro actual estilo de vida y son causadas por la interacción entre los genes que heredamos antiguos y los modernos ambientes que hemos creado. Ambientes y costumbres que transmitimos a nuestros descendientes. Pero estos

nuevos ambientes no acaban con nosotros. La misma evolución cultural es capaz de solventar los problemas de desajuste creados (si ahora hay más miopes por estar en ambientes cerrados y la lectura, diseñamos las gafas y solucionamos el problema, si hay diabéticos por una ingesta calórica abundante, tenemos fármacos que controlan la enfermedad....)

A pesar de los avances médicos, estas enfermedades, que habían sido raras durante la evolución humana, no sólo siguen existiendo, sino que cada vez son más comunes debido a la forma en que respondemos a ellas. Dice Lieberman que *“al tratar los síntomas y no las causas de estas enfermedades, hemos creado un circuito de retroalimentación positiva pernicioso que es una nueva forma de cambio cultural (...) Nosotros fundamentalmente no transmitimos la obesidad, caries o los pies planos a nuestros hijos, pero nosotros transmitimos los ambientes que las causan y, el resultado, es un círculo vicioso”*.

¿Nos está matando la sobreabundancia?, se pregunta Lieberman. La diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y los cánceres de los tejidos reproductores no son las únicas enfermedades de la abundancia, también lo son la gota y la esteatosis. El sobrepeso contribuye a muchas otras dolencias, como la apnea del sueño o enfermedades renales y aumenta la probabilidad de sufrir lesiones de espalda, cadera, rodilla o pie.

## 1.2. Visión histórica del concepto salud

Siempre que se ha hablado de salud a lo largo de la historia se ha intentado explicar las causas que condicionan una enfermedad. En las sociedades primitivas la enfermedad era debida a un castigo divino o a espíritus malignos y, por lo tanto, su curación dependía de invocaciones y ritos mágicos. Pero, desde que se ha aplicado el raciocinio en la comprensión del proceso, la evidencia de la relación entre la salud-enfermedad y el entorno ha estado presente en cualquier momento histórico.

Durante el Corpus Hippocraticum (“Sobre aires, aguas, y lugares”) se llegó a desarrollar una verdadera ecología de la enfermedad, considerando que los factores etiológicos podían ser internos (raza, temperatura, sexo y edad) y externos (mala alimentación, aire corrompido, traumatismos, parásitos animales, alteraciones térmicas, venenos, etc. (5) Una de las particularidades de la medicina helénica era considerar el cuerpo humano de manera integral, relacionando el todo con cada una de sus partes y con el entorno mismo. Así, uno de los legados más valiosos de la medicina griega es lo concreto, en su connotación latina (concretus: lo que crece junto, no lo aislado o separado), que permite adivinar el "juego inmenso de las relaciones del sujeto y su mundo, sobre esto versa la observación del médico" (6).

Pero fue necesario superar la Edad Media y el oscurantismo religioso para que Johann Peter Frank entre finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX para que se introdujera la higiene como ciencia e iniciara lo que, posteriormente se ha llamado la “medicina social”. En 1790 Franz dio una conferencia de graduación en Pavia titulada “*De Populorum miseria: morborum genitrice*” en la que defendía que la pobreza es la causa principal de la enfermedad: “*la miseria del pueblo es la madre de la enfermedad*” (7).

Poco más tarde, Claude Bernard (1813-1878), introductor de la medicina al mundo de la ciencia, en su libro: "Introducción al estudio de la medicina experimental" (8), afirma que la condición necesaria para la vida (sana) no se encuentra ni en el organismo ni en el ambiente externo, sino en ambos.

Por la misma época, Dubos (9) interpretó el concepto de salud en un sentido ecológico. Pensaba que la vida implica la interacción y a la vez la integración de dos ecosistemas: el medio interno y el medio externo. Por un lado el organismo, cuyas células, fluidos y estructuras tegumentarias están relacionadas entre sí mediante una compleja red de mecanismos de equilibrio, y por el otro, el medio externo está sujeto a cambios que

acontecen en ocasiones de manera impredecible; muchos de estos cambios que ocurren en el ambiente externo pueden causar efectos dañinos en el hombre, por lo que en el organismo se generan cambios adaptativos para funcionar de manera eficiente y conservar la vida. Cualquier factor que rompa el equilibrio entre estos dos sistemas ecológicos puede ser causa de enfermedad.

En la década de los años treinta del siglo XIX Walter B. Cannon, introdujo la idea de la salud colectiva extrapolando la “homeostasis biológica” de Bernard a la población acuñando el término “homeostasis social”(10): *“la salud depende del equilibrio armónico de todos los elementos que dan cohesión a la sociedad”* (11).

Rudolf Virchow (1821-1902) llegó a preguntarse *“¿No comprobamos que las enfermedades del pueblo nos llevan siempre a los defectos en la sociedad?”* para afirmar: *“[El Estado] debe ayudar a todos a vivir una vida sana. Esto se desprende sencillamente de la concepción del Estado como unidad moral de todas las personas que lo constituyen y de la obligación de solidaridad universal”*

Entre 1860 y 1864, Louis Pasteur demostró que la fermentación y el desarrollo de microorganismos en caldos de nutrientes no procedían de la generación espontánea, lanzando su “teoría germinal de las enfermedades infecciosas”, según la cual toda enfermedad infecciosa tiene su causa (etiología) en un germen con capacidad para propagarse entre las personas, además de ser el causante de procesos químicos como la descomposición y la fermentación, y su causa no provenía de adentro del cuerpo debido a un desequilibrio de humores (teoría miasmática) (12).

La socialización creciente de la salud, generaría la vinculación no sólo de la medicina social al propio espectro de la teoría y la práctica sanitaria, sino que junto a ésta, se vincularía el resto de las ciencias sociales, proceso que encontraría serios obstáculos para su desarrollo. Quizás, el mayor de todos lo constituyó el informe Flexner (1910) (13) que modificó sustancialmente la enseñanza de la medicina en EEUU con una orientación marcadamente clínica, que dejaría sólo un pequeño espacio para la incorporación del saber social (14).

No es hasta finales de la primera mitad del siglo XIX cuando la medicina social se conceptualiza como ciencia. Figuras de la talla de Salomón Newman, Jules Guerin, Williams Farr y Francisco Puccininotti, fueron gestando el eje del discurso de la Medicina

Social: la relación entre la enfermedad y la sociedad y la responsabilidad del estado en la solución de los problemas de salud de la población (15).

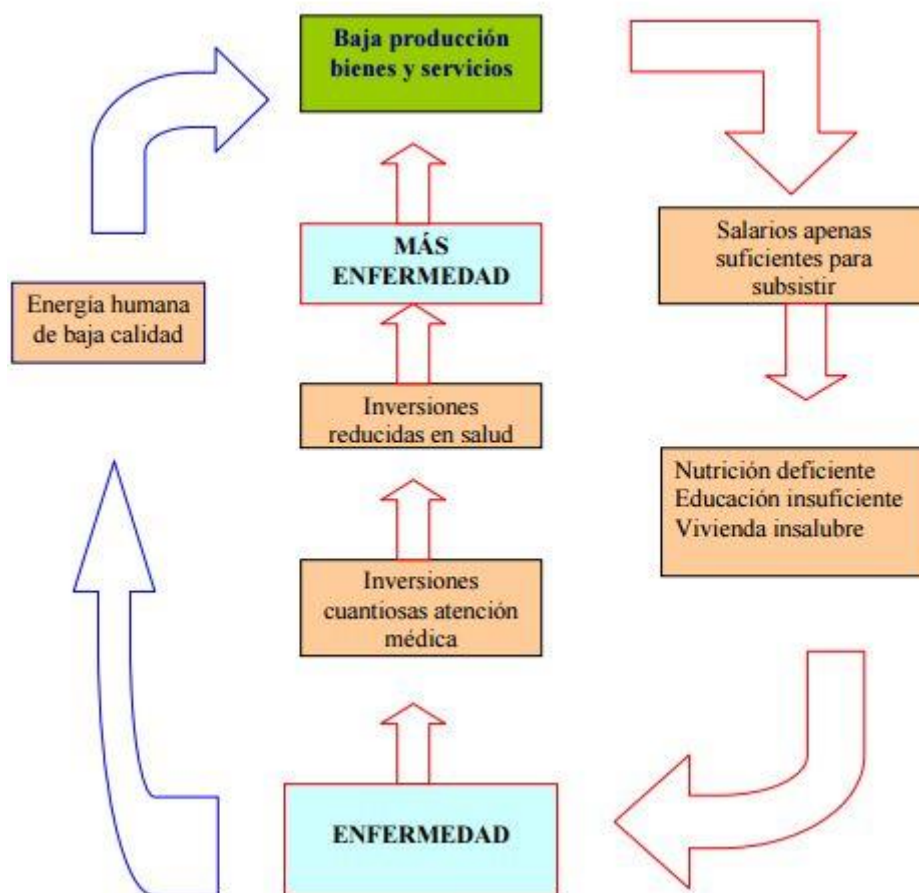
Por aquella época Herbert Spencer, posible promotor del darwinismo social en Gran Bretaña, afirmó que *“para comprender los sistemas vivos, sus experiencias internas como organismo viviente no son menos importantes que las observaciones de su mundo exterior”* (1933) (16).

Hasta bien entrado el siglo XX la salud seguía siendo definida por la ausencia de enfermedad y limitaciones pero los cambios sociales, económicos y culturales que se estaban produciendo en el mundo occidental urgían la necesidad de un abordaje distinto del término. Sigerist y Canguilhem hicieron aportaciones muy valiosas en el entendimiento del binomio salud-enfermedad en relación con el entorno. El segundo llegó a afirmar que *“El hombre sólo se siente en buen estado de salud –tal es la salud– cuando más que normal –es decir adaptado al medio ambiente y a sus exigencias– se siente normativo, apto para seguir nuevas normas de vida”* (17). Así, con estas y otras aportaciones la OMS concreta en el primer punto de su carta fundacional (1946) la definición de salud acuñada por Sampar: *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”*(18).



No sería hasta la década del 60, del siglo XX, en que se comenzaran a implementar reformas curriculares basadas en el modelo multicausal (materias integradas por sistemas o niveles de atención), cuando aparecería la necesidad de incorporación de un grupo de disciplinas sociales (Sociología, Antropología, Psicología Social) agrupadas bajo el controvertido término de Ciencias de la Conducta. Bajo el esquema de "inserción" (adición-sustracción) se producirían altas, bajas y modificaciones en la composición del referido grupo sin que se alterase por ello la esencia del proceso: sumatoria fragmentaria del conocimiento social, determinada por el criterio positivista, pragmático y biologicista de incentivar el conocimiento social empirista (19).

Ilustración 1: El ciclo Económico de Horwitz



La figura del chileno Abraham Horwitz (20), que fue Director de la OPS desde 1958 hasta 1975 y Presidente de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación de 1975 a 2000, fue fundamental para que, tanto los gobiernos como las instituciones privadas, comprendieran la relación entre salud y desarrollo económico (21). Su gran aportación

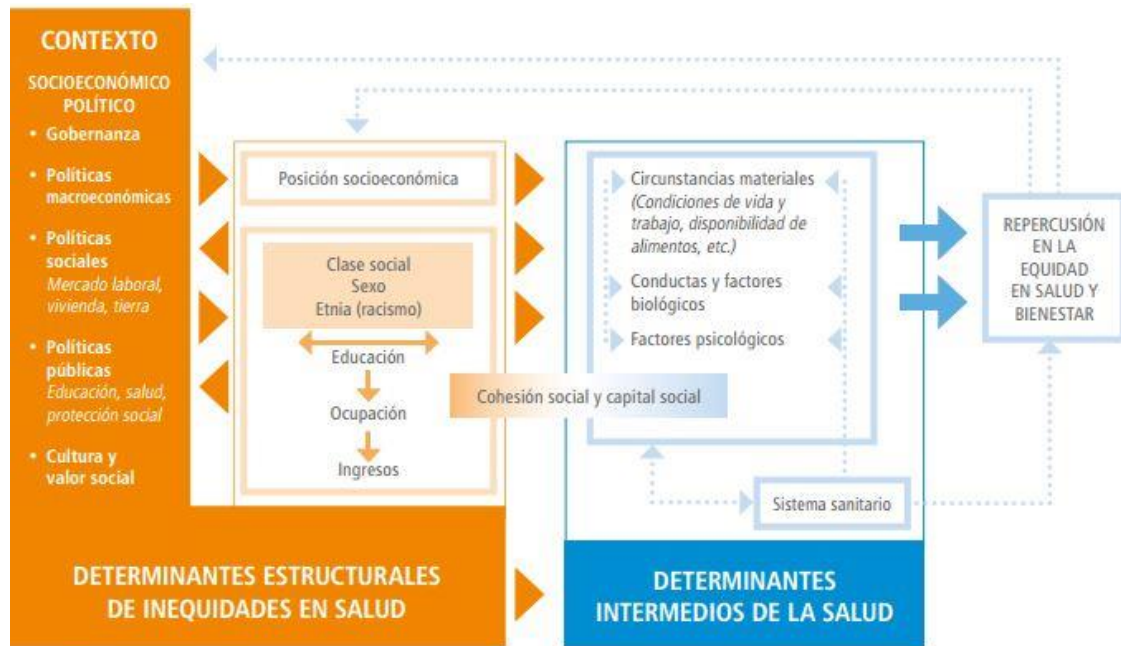
fue establecer la relación entre la economía y la salud: *“Hombres y mujeres enferman porque son pobres, se vuelven más pobres porque están enfermos y más enfermos porque son más pobres”* llegando a definir lo que se conoce como el Ciclo económico de Horwitz (21) (Ilustración 1)

A partir de los años 70 comienzan a aparecer modelos explicativos de los determinantes de la salud. Tras la aparición del modelo de campos de salud propuesto por Laframboise (1973)(22) y desarrollado por Marc Lalonde (1974), surge una nueva manera de analizar y comprender los elementos que permiten explicar la salud al establecer un marco conceptual y operativo sobre cómo abordar los niveles de salud de las poblaciones y, por ende, la manera de formular las políticas de salud (23).

El informe Lalonde (24) fue el resultado de la preocupación, a principios de la década de los 70, por el creciente costo de la atención de salud y el hecho de que el estado de salud de los canadienses no parecía mejorar proporcionalmente con el aumento en el costo de los servicios de salud. Pero, independientemente de sus conclusiones y de las controversias que provocó, planteó una sistematización para el análisis del nivel de salud de la población estableciendo cuatro "campos de la salud": el medio ambiente, el sistema sanitario y la biología humana.

A partir de entonces se han propuesto otros modelos como el de Dahlgren y Whitehead de 1991 (25) en capas de cebolla pero el modelo más aceptado en la actualidad es el propuesto en 2010 por Solar e Irwin basado en las desigualdades sociales (26) en el que se establecen unos determinantes estructurales de las desigualdades de la salud que condicionan otros intermedios y que, globalmente repercuten en la equidad de la salud y en el bienestar de las personas. De ahí se desprende la importancia de un sistema sanitario que tenga como objetivo fundamental buscar la equidad, esto es, que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad (27). (Ilustración 2)

Ilustración 2: Los Determinantes de la Salud



Fuente: Solar e Irwin, año 2010\*

[http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf)

## 2. Bases teóricas y filosóficas de la atención primaria de salud.

2.1. ¿Por qué surgió la propuesta de un nuevo modelo para la organización de los servicios sanitarios?

### **2.1.1. El patrón epidemiológico**

La historia de la salud de la población hasta la segunda mitad del siglo XX se puede explicar cómo la lucha contra las enfermedades transmisibles. Estas siempre se han relacionado con la vida en la tierra. En realidad, las bacterias primitivas son millones de años anteriores al ser humano. Sin embargo, parece que los casos generalizados de infección no aparecieron hasta el advenimiento de los grandes imperios de la antigüedad y el crecimiento progresivo de la población, porque el tamaño de la población y el patrón de asentamiento son factores clave para interpretar la presencia de muchas enfermedades infecciosas. La mayoría de las infecciones agudas potencialmente mortales (por ejemplo, la viruela) no son bien conocidas a través de los esqueletos arqueológicos, principalmente debido a que los agentes patógenos que causan la enfermedad matan al huésped humano rápidamente (28). Se supone que el ántrax era una infección común entre los cazadores-recolectores al consumir carne de animales enfermos, pero las primeras referencias registradas de epidemias deben remontarse a los escritos de los sumerios, babilonios, hebreos, los hititas, egipcios, griegos, romanos, indios y chinos.

El modelo de determinantes de la salud propuesto por la OMS (2010) ayuda a comprender la génesis de los problemas que ayudaron a su propagación y a la multiplicación de los efectos. En todos los casos, se describe un contexto socioeconómico y político que condiciona movimientos migratorios (actividad militar o comercial), ausencia de políticas sanitarias públicas eficaces, escaso conocimiento científico (diagnóstico y terapéutico), presencia de creencias religiosas y condiciones climáticas adversas, al que se le une una posición socioeconómica determinada (clase social baja, penosidad laboral, pobreza) y unos determinantes intermedios específicos (mala alimentación, hacinamiento y falta de higiene personal) en ausencia de una red sanitaria pública accesible para la protección de la salud y los cuidados.

Son muchos los casos que cumplieron este patrón de comportamiento de las enfermedades infecciosas, la mayoría de ellos han quedado ocultos en la historia de la humanidad pero de los que sí se tienen referencias son de aquellos cuyos efectos devastadores cambiaron en parte el devenir de la historia. Veamos algunos ejemplos de enfermedades transmisibles agudas y crónicas.

### 2.1.1.1. La Peste, Peste Negra o Peste Bubónica

La primera de la que se tiene evidencia fue **la Plaga de Atenas**, descrita por Tucídides en los libros II y III de su “*Historia de la Guerra del Peloponeso*”. Fue una epidemia devastadora que afectó principalmente a la ciudad-estado de Atenas en el año 430 a. C. y, probablemente, fue causada por la fiebre tifoidea (29). Como punto de partida, la Plaga de Atenas sirve para ilustrar muchas de las claves que nos explican la situación desde el punto de vista sanitario en un momento de la historia caracterizado por la ausencia del conocimiento científico y de una organización de servicios sanitarios que permitiera aplicar ese conocimiento a la población.

La epidemia comenzó en Etiopía, atravesó Egipto y Libia y llegó a Atenas a través de su puerto (El Pireo) que era su única fuente de comida y suministros. Atenas, por entonces era una ciudad superpoblada, hecho que favoreció rápidamente la diseminación de la infección. La epidemia tuvo dos brotes, el primero entre el 430-429 a. C. y el segundo cuatro años más tarde. Produjo la muerte de cerca de un tercio de las personas que se cobijaban tras sus muros (unos 150.000 habitantes) y eliminó a gran parte de la infantería ateniense siendo este el factor principal que explicó la derrota ateniense en la guerra contra Esparta y el que la polis no llegara nunca a recuperar su esplendor pasado. Más allá de los dramáticos efectos en pérdidas humanas y culturales, la cohesión social se vio muy afectada, la población sufrió la pérdida de sus derechos ciudadanos y la actividad criminal gozó de impunidad. Atenas tardó más de quince años en recuperar su población y la única medida sanitaria de la que queda constancia fue la incineración de los atenienses muertos. Para Tucídides, la plaga ilustró no sólo la vulnerabilidad humana, sino también la inutilidad de la religión y la creencia en los dioses.

Aunque tuvieron que presentarse muchas epidemias desastrosas después de la Plaga de Atenas, hay pocos relatos históricos que las hayan detallado y, con la excepción de Tucídides, que defendió un modelo de análisis historiográfico sin creer en la intervención de los dioses, hay pocas fuentes que detallen estas plagas y, por lo general, las explican más desde una creencia con participación de los dioses. La falta de descripción de estas plagas hace imposible presuponer un diagnóstico microbiológico de los gérmenes causales (3).

El Imperio Romano sufrió una epidemia similar a la ateniense. Sólo se sabe que la enfermedad también llegó desde el norte de África en barco durante la guerra contra Cartago y que tuvo tantas muertes como la griega anterior. En el año 79, otra plaga, ya sea ántrax o malaria, viajó por el Nilo al Mediterráneo, donde se extendió a través de la Mesopotamia, el norte de Grecia y finalmente Roma. Una vez en el corazón del Imperio, fueron los soldados y los mercaderes quienes la diseminaron a la mayoría del mundo conocido.

En el año 166, las tropas romanas que el imperio había enviado dos años antes a Siria para sofocar una revuelta, trajeron una enfermedad hasta entonces desconocida. La plaga fue descrita por Galeno en su tratado "*Methodus medendi*" y se la conoce como **Peste Antonina o de Galeno**. En los catorce años que duró la plaga, se estima que pudo haber matado a más de un cuarto de la población del Imperio y diezmó el ejército romano (4). Aunque hay dudas del germen causal, la mayoría de quienes la han estudiado suponen que pudo ser probablemente por la viruela.

Otra plaga se produjo durante el reinado de Decio (249-251 dC) y Gallus (251-253 dC). Esta peste estalló en Egipto en el año 251, y desde allí infectó a todo el imperio. Tuvo una alta tasa de mortalidad y volvió a esquilmar las filas del ejército y de la población civil afectando gravemente a la mano de obra. La plaga todavía estaba en su apogeo en 270, cuando causó la muerte del emperador Claudio Gótico (268-270)<sup>2</sup> (9).

Después del tercer siglo, no hay otra plaga bien documentada hasta la **Plaga de Justiniano** a mediados del siglo VI. Esta plaga se originó entre el 541-542 probablemente en Etiopía aunque hay quienes sitúan su origen en China (5), propagándose a lo largo de las rutas comerciales a través de Egipto y de las estepas de Asia Central extendiéndose rápidamente por todo el mundo romano sobre todo a las ciudades costeras (5). Afectó al Imperio romano de oriente o Imperio bizantino, incluyendo a la ciudad de Constantinopla y otras partes de Europa, Asia y África desde los años 541- 543. Se ha llegado a considerar como una de las más grandes plagas de la historia. La plaga reapareció en muchas ocasiones en la

---

<sup>2</sup> Margarita L, Valdés G, De M, Moreno CC. Cólera : historia y actualidad Cholera : history and present. Rev Ciencias Médicas. 2011;15(4):280–94.



cuenca mediterránea durante todas las generaciones que se fueron sucediendo hasta alrededor del año 750. Las oleadas de la plaga tuvieron un efecto importante en el curso de la historia europea. Se supone que la causa de la plaga fue la peste bubónica (*Yersinia pestis*).

La peste tuvo efectos catastróficos sobre la economía, al disminuir los ingresos por impuestos, paralizó las actividades comerciales y devastó grandes asentamientos y núcleos urbanos dedicados a la agricultura que eran vitales para el desarrollo del Imperio causando graves conflictos (7). Se desconoce cómo desapareció y, el fenómeno, sigue desconcertando epidemiólogos actuales. Nadie sabe a ciencia cierta si el germen natural se retiró a su reservorio animal, si mutó a una forma más benigna o si simplemente mató a tantos huéspedes humanos que se rompió la cadena de infección. Sin embargo, lo que es seguro es que la situación mejoró considerablemente hacia el año 800 y que la población superviviente vivía dispersa en el país.

Pero, el despertar de la artesanía y el comercio en las ciudades propició nuevos crecimientos en las poblaciones y esta superpoblación volvió a convertirse en un problema. Al final del siglo XIV, el clima frío, las malas cosechas de trigo (principal fuente de alimentación) que condicionaron ciclos recurrentes de hambre, unidos a la cruel Guerra de los Cien Años, provocó el escenario ideal para una nueva pandemia: la **Peste Negra, Peste Bubónica o Muerte Negra**

Esta pandemia de peste fue la más devastadora en la historia de la humanidad afectó a la Europa del siglo XIV alcanzando un punto máximo entre 1347 y 1352. Por el año 1330, la peste comenzó a extenderse desde Asia Central a Oriente Próximo a través de las rutas de las caravanas al ser transmitida por la picadura de las pulgas transportadas por roedores. En 1346, llegó al Puerto de Kaffa (Crimea), ciudad sitiada por los tártaros, donde sus habitantes vivían hacinados y con grandes déficits de higiene y alimentos. Los Tártaros, cuyo ejército se vio diezmado de manera considerable, empleaban a los soldados muertos como armas de guerra catapultándolos dentro de la ciudad. No obstante, tuvieron que abandonar el asedio pero dejando en su retirada multitud de cadáveres de soldados infectados. Así, cuando los comerciantes genoveses, que se habían mantenido dentro de la ciudad, regresaron a Europa en el verano de 1347, no sólo trajeron tesoros orientales sino también la enfermedad. A finales de 1347, la peste

bubónica ya había llegado a muchos puertos mediterráneos y se comenzó a difundir hacia el interior del continente. Además, se transformó en la forma neumónica (variante mortal de la *Yersinia Pestis*) y, en 1348, ya se había extendido por toda Europa. Dado que se desconocía su forma de transmisión, la peste fue percibida como un castigo de Dios. En su ignorancia, la gente culpó a los judíos, que fueron quemados por miles y hubo innumerables actos de contrición, incluyendo procesiones y flagelaciones. Algunos pueblos y ciudades perdieron a toda su población, tanto por la muerte como por la migración, y muchas ciudades importantes se redujeron a la mitad.

La epidemia coincidió en una Europa feudal que soportaba un crecimiento demográfico lento, pero mantenido al menos desde el año 1000, con una crisis climática (disminución de las temperaturas) y otra crisis ambiental que había puesto en cultivo tierras cada vez de menor calidad y de bajo rendimiento, lo que provocó una paulatina caída de la productividad y una creciente malnutrición. Unos años antes, la población había sufrido la Gran Hambruna de 1315-1317 (30) y continuó sufriendo otras pequeñas hambrunas localizadas (31). La gente comenzó a recolectar raíces, plantas, frutos secos y cereales silvestres que fueron afectando la respuesta del sistema inmunitario de sus habitantes. La gente estaba muy debilitada por el hambre y las enfermedades como neumonía, bronquitis y tuberculosis

A finales del siglo XIV, empieza a ponerse en práctica la primera medida importante de salud pública, la «cuarentena» que consistía en el aislamiento de las personas que llegaban de zonas infectadas por la peste al puerto de Ragusa, en aquel momento bajo el dominio de la República de Venecia. En 1397 el periodo de aislamiento se fijó en 40 días, de ahí la palabra (32).

La peste negra se repitió en sucesivas oleadas hasta 1490, no obstante, ninguno de los brotes posteriores alcanzó la gravedad de la epidemia de 1348. Una cifra aproximada de muertos, solicitada por el papa Clemente VI, mostró 23.840.000 muertos sólo en Europa (Tuchman, 1987: 93). Eso significaría que el mundo occidental había perdido alrededor de un tercio de su población (Wheelis 1999 y 2002: 971-4, ABC, 2004) e incluso hay autores que estiman que llegó a matar entre 50 y 80 millones de habitantes.

La gran pandemia del siglo XVII fue la peste bubónica como la de Milán (1629-1631) con cerca de 280.000 víctimas a pesar de que la ciudad aplicó medidas de salud pública eficaces como la cuarentena o el control del acceso de los soldados y mercancías.

En este mismo siglo **la peste**, procedente de África, a través de los puertos marítimos, afectó a Sevilla (1649) con más de 60.000 víctimas (46% de la población) sobre todo en sus barrios más pobres y hacinados como el de Triana. Más tarde afectó a Valencia para, posteriormente, llegar a Aragón, Murcia y el resto de Andalucía.

Otras epidemias de la Peste fueron la **Gran plaga de Londres** (1666) y la de **Viena** (1679). La primera ocasionó entre 70.000 y 100.000 víctimas, más de una quinta parte de la población de Londres. Pudo haber llegado en barcos mercantes holandeses, que transportaban algodón desde Ámsterdam. La peste bubónica había assolado los Países Bajos intermitentemente desde 1654. También las áreas portuarias de las afueras de Londres, donde los trabajadores se apiñaban en un distrito donde las condiciones de vida eran muy poco higiénicas. Tanto la higiene personal como la pública eran mínimas durante esta época, lo que contribuyó al crecimiento en el número de contagios. Los primeros casos aparecieron entre gente muy pobre, por lo que no fueron registrados. Los negocios cerraron cuando los comerciantes más ricos y la gran mayoría de mercaderes abandonaron el lugar.

La Gran peste bubónica de Viena produjo 76.000 víctimas. Viena era una ciudad con una elevada densidad de población y edificios. La ciudad no contaba con alcantarillado o servicios de drenaje y se acumulaban montones hediondos de basura doméstica en las calles. Además, los almacenes de mercancías, que contenían ropa, alfombras y grano, en ocasiones durante meses, estaban infestados con ratas. Las condiciones sanitarias de la ciudad eran consideradas tan insalubres y sucias, incluso para la época, que la peste era llamada en ocasiones "Muerte vienesa" en otras partes de Europa. La Hermandad de la Santísima Trinidad, orden religiosa presente en la ciudad, creó hospitales especiales tanto para niños como para adultos durante la epidemia de 1679. El cuidado ofrecido en estos hospitales era simple, pero generalmente suponía una importante mejora respecto a las otras medidas sanitarias y médicas que existían en la ciudad. Los médicos trataban a los pacientes usando eméticos, sangrías y pomadas nocivas. Los cadáveres de los

fallecidos eran transportados en carro fuera de la ciudad y dejados en grandes hoyos para su quema. Sin embargo, los hoyos con los cadáveres quedaban expuestos al aire durante varios días hasta que estaban llenos, permitiendo que la infección se propagara a la población de roedores de la ciudad.

En 1720-1722: Aparece la **Plaga de Marsella** (Peste Bubónica). La gran plaga de Marsella fue el último de los brotes europeos importantes de la peste bubónica. Al llegar a Marsella, Francia, en 1720, la enfermedad mató a 100.000 personas en la ciudad y las provincias circundantes. En 1765, el crecimiento de la población había descendido a niveles de 1720. El buque mercante, el Grand-Saint-Antoine, había partido de Sidón en el Líbano, tras haber atracado antes en Smyrna (Trípoli) y varios miembros de la tripulación fueron víctimas de la plaga, incluyendo al médico de a bordo. Al barco se le negó la entrada al puerto de Livorno y, a la llegada a Marsella, se puso rápidamente en cuarentena en el lazareto de las autoridades portuarias. Debido en gran parte a su monopolio sobre el comercio francés con el Levante, en este importante puerto había un gran stock de productos importados en los almacenes y se estaba expandiendo activamente su comercio con otras regiones del Medio Oriente y los mercados emergentes en el Nuevo Mundo. Comerciantes poderosos de la ciudad necesitan de la seda y el algodón de carga de la nave de la gran feria medieval de Beaucaire y presionaron a las autoridades para levantar la cuarentena. Las fosas comunes fueron exhumadas, pero se llenaron rápidamente. Finalmente, el número de muertos superó los esfuerzos de salud pública de la ciudad, hasta que miles de cadáveres yacían dispersos y en las pilas de la ciudad.

#### **2.1.1.2. Viruela**

En el año 166, las tropas romanas que el imperio había enviado dos años antes a Siria para someter a una revuelta, trajeron una enfermedad hasta entonces desconocida. La plaga fue descrita por Galeno en su tratado "*Methodus medendi*" y se la conoce como **Peste Antonina o de Galeno**. En los catorce años que duró la plaga, se estima que pudo haber matado a más de un cuarto de la población del Imperio y diezmó el ejército romano. Aunque hay dudas del germen causal, la mayoría de quienes la han estudiado suponen que pudo ser probablemente por la viruela.

A finales del siglo XV, la **viruela** era endémica en Europa. Mató al 30% de los infectados. Entre el 65-80% de los sobrevivientes quedaron marcados con profundas cicatrices, más prominentes en la cara.

En el siglo XVIII la viruela mataba a uno de cada siete niños nacidos en Rusia y a uno de cada diez nacidos en Francia y Suecia (33). En la Europa del siglo XVIII, un tercio de todos los casos de ceguera se debió a la **viruela**. Después de afectar durante milenios al viejo mundo, durante la Conquista de América fue esparcida entre los indígenas, causando un colapso demográfico en las poblaciones nativas y colaborando en la guerra con los conquistadores. Se cree que entre los aztecas y mayas la viruela se cobró cerca de 22 millones de vidas.

La última epidemia de viruela en Europa tuvo lugar entre 1870 y 1875 pero, desde entonces, mantuvo un patrón endémico. A principios del siglo XX, la viruela seguía siendo endémica en casi todos los países del mundo. En los primeros años cincuenta, cada año se producía un número estimado de cincuenta millones de casos en el mundo y 15 millones de muertes (34)

Sin embargo, en 1958, Víktor Zhdánov, el Viceministro de Salud de la Unión Soviética, propuso a la Asamblea Mundial de la Salud una iniciativa global conjunta para erradicar la viruela. La propuesta fue aprobada en 1959 bajo el nombre de "resolución WHA11.54" y se transformó en el principal objetivo de la OMS.

### **2.1.1.3. Fiebre amarilla**

Fiebre amarilla (**Plaga Americana o vómito negro**) Es una enfermedad tropical producida por un Flavivirus que transmite un mosquito (*Aedes*) propio de zonas marítimas cálidas. Las primeras epidemias de fiebre amarilla fueron descritas, durante el siglo XVI, en los puertos del Caribe, probablemente introducidas por el comercio de esclavos. El intenso tráfico comercial con las Indias colocó América como foco principal de importación de la enfermedad.

La fiebre amarilla ha sido causa de epidemias devastadoras en el pasado. Probablemente fue transmitida por primera vez a los humanos por otros primates en África oriental o central. De allí se propagó a África occidental y en los siglos XVI o XVII saltó a América debido al tráfico de esclavos. Como la enfermedad

era endémica en África, las poblaciones de ese continente habían desarrollado cierta inmunidad a ella y solo les provocaban síntomas similares a los de la gripe. Por el contrario, cuando la epidemia golpeaba a colonos europeos en África o en América la mayoría moría.

La primera epidemia confirmada de fiebre amarilla en América fue la de 1647 en Barbados.<sup>8</sup> En el Caribe esta enfermedad tuvo consecuencias geopolíticas importantes ya que diezmó muchos ejércitos enviados desde Europa. Así, gran parte del triunfo de la Revolución Haitiana de 1802 se debió a que más de la mitad de las tropas francesas murió a causa de la enfermedad. Se produjeron también epidemias en otras regiones, como Norteamérica -fue famosa la de Filadelfia en 1793- y Europa, por ejemplo Barcelona en 1821.<sup>12</sup> Casi siempre afectaban a zonas urbanas con alta densidad de población, debido al corto radio de acción del mosquito *Aedes aegypti*.

La transmisión de la fiebre amarilla fue un misterio para la ciencia durante siglos hasta que en 1881 el cubano Carlos Finlay descubrió el papel del mosquito *Aedes*. En 1901 la enfermedad fue erradicada de La Habana y en pocos años se volvió rara en el Caribe.<sup>9</sup> Sin embargo, hoy día las poblaciones no-vacunadas en muchas naciones en desarrollo del África y Sudamérica continúan en gran riesgo. La Organización Mundial de la Salud estima que la fiebre amarilla afecta a unas 200.000 personas cada año y mata a 30.000 de ellas, en poblaciones no-vacunadas (35).

#### **2.1.1.4. Tifus exantemático**

Tifus exantemático (tabardillo pintado, fiebre de los campamentos) Enfermedad infecciosa aguda, exantemática, de aparición invernal y producida por la bacteria *Rickettsia prowazeki*. Surge con más frecuencia bajo malas condiciones higiénicas, de hacinamiento y pobreza. La enfermedad a menudo causa epidemias después de guerras y desastres naturales. El agente transmisor es el piojo del vestido (*Pediculus vestimentae*). El principal material contaminante son las heces de los piojos al ser inhaladas, pulverizadas con el polvo o la sangre de los pacientes. El tifus exantemático epidémico es una enfermedad asociada a pobreza, hacinamiento y desastres naturales. La mala higiene trae consigo los piojos, de

modo que la principal medida es cuidar la higiene en esas áreas. Es necesario baños adecuados, lavado frecuente de la ropa y buen tratamiento de las aguas residuales (36).

#### **2.1.1.5. Cólera**

La primera pandemia de **cólera** en Europa (1817-1824) fue importada de India por tropas británicas. El cólera (*Vibrio cholerae*), que ya fue descrito por Hipócrates, a pesar que afectó muchos antes en la India en donde se describieron numerosos brotes, tuvo la primera referencia documentada de un brote fuera de la India es del año 1629, y ocurrió en Yakarta (Java). Desde entonces se han podido documentar muchos más brotes en Asia, pero en 1817 se presentó en Calcuta con una virulencia mayor que la habitualmente descrita. Alcanzó China, Oriente Medio y los países del Golfo Pérsico hasta, en apenas cinco años, llegó a Japón (1822)

Fue con la segunda pandemia (1829-1851) cuando se vio afectada Europa tras pasar por Oriente Próximo y Rusia y, de ahí a Finlandia, Polonia, Austria, Hungría, Prusia, Inglaterra, Irlanda y resto de Europa. A España llegó en 1833 y desde allí alcanzó África a través de Ceuta y también embarcó a las Américas, primero a Canadá y, más tarde, EEUU. Se cree que llegó a Perú y Chile. Los dos grandes factores de transmisión fueron los soldados y los puertos y afecta sobre todo en comunidades y entornos superpoblados donde el saneamiento es deficiente; sin embargo, ante una comunidad preparada y con el tratamiento oportuno, la letalidad no sobrepasa el 1% (37). En el año 1848, la enfermedad estaba presente en Europa desde Noruega en el norte hasta la península balcánica por el sur; abarcaba Inglaterra, Escocia e Irlanda por el noroeste; y hasta España por el oeste.

Durante la epidemia de Londres de 1854 John Snow confeccionó un mapa de los lugares donde vivían las personas que habían muerto y observó que, en la zona de Broad Street, los casos se acumulaban en torno a una determinada fuente de agua. En las proximidades del pozo corría una alcantarilla subterránea, y los vecinos se habían quejado del mal olor del agua del pozo en los días previos al brote. En cuanto Snow convenció a las autoridades de que retirasen la manivela que permitía

bombear agua a la fuente, el número de casos y de muertes por cólera disminuyó rápidamente. Con el tiempo, los trabajos de Snow llevaron a introducir en el Reino Unido mejoras del saneamiento que redujeron la amenaza del cólera y, en el decenio de 1880 se construyó en Londres un nuevo sistema de alcantarillado (32).

Desde 1817, siete pandemias de cólera se han extendido desde Asia al resto del mundo. La última de ellas ocurrió el año 1961 y afectó entre 3 y 5 millones de personas por año, muriendo alrededor de 120.000 personas (38).

A lo largo del siglo XIX, el cólera se propagó por el mundo desde su reservorio original en el delta del Ganges, en la India. Seis pandemias en sucesión mataron a millones de personas en todos los continentes. La actual pandemia (la séptima) comenzó en el sur de Asia en 1961 y llegó a África en 1971 y a América en 1991. En la actualidad, el cólera es endémico en muchos países (39).

#### **2.1.1.6. La Gripe**

La Gripe rusa (1889-1890) que comenzó en Rusia y se extendió rápidamente por toda Europa produciendo alrededor de 1 millón de muertos. Al principio se creyó que fue causada por el virus Influenzavirus A subtipo H2N2, pero hoy se piensa que fue el subtipo H3N8. La pandemia llegó en San Petersburgo el 1 de diciembre de 1889, se diseminó rápidamente por Europa, dando la vuelta al mundo en solo 4 meses. Alcanzó Estados Unidos únicamente 70 días después del inicio. Provocó una mortalidad relativamente baja del 1%, pero debido al gran número de afectados, se cree que causó la muerte de alrededor de un millón de personas en todo el mundo. Este comportamiento de expansión tan acelerado ha sido estudiado desde el punto de vista de la salud pública y se ha conseguido explicar por factores sociales y geográficas, concretamente, el predictor más importante de la velocidad de la pandemia no es el número absoluto de los pasajeros que viajan entre ciudades, sino la red de conexiones entre ellas (40).

En la primera mitad del siglo XX (1918-1919) destaca la **Gripe española** que está considerada como la pandemia más devastadora de la historia humana, ya que en solo un año mató entre 50 y 100 millones de personas (41)



Entre 1957-1958 la **Gripe asiática** produce 4 millones de víctimas y diez años más tarde la Gripe de Hong Kong 2 millones de víctimas más.

#### **2.1.1.7. Tuberculosis o Plaga blanca** (Wendel Holmes O. 1861)

La Tuberculosis (TBC) es la enfermedad transmisible crónica con más referencias históricas. La presencia del *Mycobacterium* se ha datado desde el neolítico estando ligada a la domesticación de animales (28), incluso se ha encontrado en varias momias del antiguo Egipto (42). Ya Hipócrates identificó la tisis como la causa más frecuente de enfermedad de su tiempo. La describió entre la población de 18 a 35 años y casi siempre fatal, llegando incluso a prevenir a los médicos de visitar a pacientes con tisis para salvaguardar su reputación. Aunque Aristóteles (384-322 a. C.) opinaba que la enfermedad era contagiosa, muchos autores griegos la creían hereditaria. Galeno, el más eminente médico griego después de Hipócrates, define la tisis como una ulceración de los pulmones, tórax o garganta, acompañada por tos, fiebre, y consunción del cuerpo por el pus.

La incidencia de la TBC va aumentando progresivamente durante la Edad Media y el Renacimiento hasta alcanzar su máxima extensión bien entrado el siglo XVIII y hasta finales del XIX, en el contexto de la Revolución industrial que, entre otras cosas, condicionó desplazamientos masivos de campesinos hacia las ciudades en busca de trabajo y esto dio lugar a hacinamiento, pobreza, jornadas de trabajo interminables y viviendas en condiciones insalubres. En esta época, en Inglaterra, epicentro de la Revolución industrial, la TBC era la responsable de una de cada cuatro muertes

Los avances en el conocimiento de la tuberculosis con la demostración de la transmisibilidad de la *Mycobacterium tuberculosis* infección por Jean-Antoine Villemin (1865), la identificación del bacilo de la tuberculosis como el agente etiológico por Robert Koch (1882), la prueba de la Tuberculina por Clemens von Pirquet (1907) para identificar infección tuberculosa latente en niños asintomáticos, la vacuna de Calmette-Guerin (1925) y el descubrimiento estreptomycin (1944) y la isoniazida (1952) (43), cambiaron mucho el panorama de la enfermedad. Pero no hay que olvidar que las medidas de salud pública fueron fundamentales.

La primera, fue la creación de establecimientos exclusivos para albergar a los tuberculosos, hacinándolos con una motivación caritativa (asistirlos en sus últimos días) o para administrarles la terapia propia del momento). Pero también aparecieron las ideas de que la pureza del aire, el clima, el agua y el alimento eran esenciales para unas vidas saludables y necesarias para el tuberculoso. Esto supuso un primer gran paso en la curación, la creación, entre finales del siglo XIX y principios del XX, de unas instituciones peculiares denominadas genéricamente sanatorios para tuberculosos.

Siendo la tuberculosis una enfermedad muy prevalente, su letalidad venía disminuyendo desde el siglo XIX en Estados Unidos y Europa, lo que se ha atribuido a una mejora de las condiciones socioeconómicas, y posteriormente a la incorporación de mejores medidas de salud pública para la detección precoz y aislamiento de los enfermos. Los sanatorios, enfrentados a un menor índice ocupacional y a una disminución de los días de estancia, se vieron abocados a transformarse en hospitales de mayor complejidad, inversión que en la mayoría no podía afrontarse. Una segunda solución fue el cierre de muchos establecimientos; otros se transformaron en centros psiquiátricos o geriátricos, prisiones u hoteles (44).

Hace cien años, enfermedades infecciosas como el cólera, la peste y la fiebre amarilla –entre muchas otras, como las enfermedades diarreicas distintas del cólera, la gripe, la malaria, las neumonías y la tuberculosis– arrasaban civilizaciones y ponían en peligro la salud pública. Dominaban regiones enteras y en ciertos momentos se propagaban en forma de pandemias por todo el mundo. Salvo raras excepciones, poco podía hacerse para detener su avance, hasta que los espectaculares adelantos de la medicina y la salud pública de la primera mitad del siglo XX permitieron producir nuevos fármacos y vacunas capaces de prevenir o curar las infecciones. Esos adelantos ayudaron a los países industrializados, que podían acceder fácilmente a ellos, a eliminar o reducir notablemente la amenaza de las enfermedades infecciosas. Al mismo tiempo, las mejoras de la higiene y de la calidad de vida en esas partes del mundo más prósperas atenuaron las condiciones que habían favorecido la proliferación de tales enfermedades (32). La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 45% entre 1990 y 2013 (45).

### **2.1.2. La organización de los servicios sanitarios en Europa**

El ser humano nace mucho menos preparado para la vida, más desprotegido, que los demás animales. Sin embargo, desde el *homo habilis*, pasando por el *homo erectus*, hasta el *homo sapiens*, ha demostrado su capacidad de organizarse y enfrentarse a la naturaleza, intentando y consiguiendo dominar su entorno (a veces en exceso) (46).

En la Edad Media, siglo XII, existió un seguro para personas embarazadas, fuesen o no esclavos, para asegurar un buen nacimiento o resarcir al señor feudal de una posible pérdida. Algunas instituciones religiosas y organizaciones de voluntarios, comenzaron a proporcionar apoyos económicos y asistencia a los pobres que no podían permitirse un mínimo nivel asistencial, siendo muy comunes la construcción de refugios y hospitales a lo largo de los lugares de peregrinación a Tierra Santa y a Santiago de Compostela. En España, adquiere una singular importancia las Cofradías Generales, eclesiásticas o gremiales, que cubrían situaciones de necesidad a la persona de una misma profesión en caso de muerte del cofrade o de enfermedad. Se nutrían de cuotas y aportaciones periódicas. Las Cofradías dieron paso a las Hermandades de Socorro (siglo XVI) que cubrían riesgos de enfermedad, invalidez o muerte a cambio de cuotas a sus asociados (47).

En 1666, con la Gran Plaga de Londres (48), se intentaron llevar a cabo algunos métodos públicos de contención. Los médicos eran contratados por el ayuntamiento, y el sistema de enterramiento de los cadáveres fue cuidadosamente organizado. Las autoridades ordenaron mantener fuegos encendidos día y noche, con la esperanza de que el aire se limpiaría de la corrupción de la peste. Sustancias con olores muy fuertes, como el pimiento, el incienso y diversas clases de lúpulos, fueron también quemados para prevenir la infección. Así mismo, los residentes de Londres fueron fuertemente incitados a fumar tabaco. El Gran Incendio de Londres destruyó muchas de las antiguas casas donde era común la masificación de sus habitantes. Más o menos al mismo tiempo la epidemia finalmente desapareció, probablemente debido a que la gran mayoría de las personas susceptibles al contagio habían muerto. Después del incendio, Londres fue reconstruida siguiendo un plan urbano diseñado por el arquitecto Christopher Wren, el cual incluyó calles abiertas y espaciosas, reducción de la congestión de habitantes, y un sistema básico de alcantarillado.

A principios del siglo XVIII las Hermandades y Cofradías, que se van transformando en Montepíos pero manteniendo su carácter caritativo o gremial que es muy criticado por las ideas humanistas y los liberales ilustrados(47).

Con la llegada de las ideas liberales de finales del siglo XVIII, se empieza a defender que nadie debía ser excluido de la protección en caso de pobreza y que el estado es responsable del bienestar y la seguridad de sus súbditos pero, eso sí, a través de ayudas voluntarias, privadas y municipales, siendo reacios a la participación de estado, de hecho consideraban inadmisibles la injerencia de los poderes públicos del Estado en la libertad individual, sólo se contemplaban las actuaciones en materia sanitaria en casos de trascendencia social como en caso de epidemias, control de infecciones, o abastecimiento de aguas, quedando la sanidad relegada prácticamente al sector privado liberal y de acceso muy limitado a las clases pudientes, con un limitado acceso a los pobres a través de organizaciones de beneficencia.

Pero, con la llegada de la Revolución industrial, comienza un siglo XIX marcado por profundos cambios y alteraciones en la organización social y en la vida de las personas. La primera consecuencia es el surgimiento del “proletariado”, los primeros esbozos de organizaciones sindicales (gremiales) y una nueva burguesía producto del cambio económico. Se produce la emigración de la población campesina hacia las ciudades, con el resultado de un cuerpo importante de clase trabajadora en la sociedad y una economía familiar directamente dependiente de salarios, siendo entonces cuando surge realmente la necesidad de la cobertura sanitaria como tal, en caso de incapacidad física para realizar un trabajo y recibir un salario. Debido a la menor relación familiar y al debilitamiento de la tradicional solidaridad comunitaria existente en los pueblos pequeños, los trabajadores industriales se empezaron a organizar en cooperativas o sociedades que, si bien al principio fueron modestas, tras la adquisición del derecho de voto, cada vez se hicieron más fuertes y organizadas. Estas sociedades comenzaron a considerar al Estado como garante de las seguridades básicas, creándose las primeras organizaciones gremiales que aportaban cobertura sanitaria y de prestación social en caso de desempleo (49).

De manera desigual, en Europa el Estado social va dando pasos en base a la formación y desarrollo del movimiento sindical y de potentes representaciones de los intereses de los empresarios. Así, mientras que Gran Bretaña es el primer país industrial que toma medidas modernas de protección laboral y tiene unas organizaciones sindicales fuertes (Sotelo I, 2010), vemos como Alemania se adelanta en la creación de un sistema

educativo estatal e imitan a los sindicatos británicos pero con un carácter más inclusivo y radical.

### **2.1.2.1. El modelo Bismarck: Seguridad Social**

El modelo Bismarck (49), primer sistema de seguro social, nace en el siglo XIX en Alemania, a raíz de que los trabajadores industriales se organizaron en cooperativas o sociedades, débiles al principio y, tras la adquisición del derecho de voto, cada vez más fuertes y organizadas. Estas sociedades comenzaron a considerar al Estado como garante de las seguridades básicas, creándose las primeras organizaciones gremiales.

Bismarck, considerado como el fundador del moderno Estado alemán, apodado «El canciller de Hierro» por su mano dura y determinación, y líder del ala conservadora, alarmado por el crecimiento del partido socialdemócrata y con la finalidad textual de «cortar las patas al movimiento socialista<sup>3</sup>», convenció al parlamento conservador alemán de la necesidad de aprobar una serie de medidas sociales, entre las que se encontraba la protección parcial de los trabajadores no agrícolas en caso de enfermedad, invalidez y vejez. Bismarck, en vez de asegurar estas prestaciones directamente, prefirió que fuesen entidades privadas sin ánimo de lucro quienes recaudasen las contribuciones de empleados y trabajadores y quienes, bajo la tutela estatal, administrasen los fondos obtenidos inicialmente.

Este sistema de seguro social alemán tuvo tres etapas en su desarrollo: el seguro de enfermedad en 1883, el seguro de accidentes de trabajo en 1884 y el seguro de invalidez y vejez en 1889, quedando cubiertos obligatoriamente todos los trabajadores asalariados de la industria. La administración del seguro de enfermedad se confiaba a las cajas de ayuda mutua existentes, la del seguro de accidentes del trabajo a las asociaciones de empleadores y la del régimen de pensiones a las autoridades provinciales. Se combinaba, así, las características de cada uno de los métodos que se aplicaban anteriormente, atenuando la posible oposición.

---

<sup>3</sup> Todavía retumban las palabras de Bismarck en el edificio del Reichstag, hoy Bundestag : “mediante esta ley tenemos que liberar a los obreros de las garras de los socialistas” (Del discurso de Bismarck ante el Reichstag el 21 de noviembre de 1881)

Este modelo de financiación de las provisiones sanitarias fue popularmente aceptado y el ejemplo alemán fue seguido posteriormente por Bélgica en 1894, por Noruega en 1909, por Gran Bretaña en 1911, por Rusia en 1912 y por Francia en 1928. Fuera de Europa, Japón en 1922 y Chile en 1924 también adoptaron medidas de cobertura obligatoria para la asistencia sanitaria de los trabajadores industriales.

Aparte del enorme balance de víctimas humanas directas, la Primera Guerra Mundial trajo consigo numerosas epidemias derivadas de la destrucción de las infraestructuras de salud pública, desde el tifus en Rusia, que amenazó con propagarse a Europa occidental, hasta el cólera, la viruela, la disentería y la fiebre tifoidea en el Imperio Otomano.

No obstante, esta guerra, desde el punto de vista de la lucha contra las enfermedades, supuso una transición hacia la medicina científica moderna y tuvo un gran impacto al aportar un mejor conocimiento y control de las enfermedades infecciosas, una visión avanzada de varios trastornos psiquiátricos (50) y una mejor práctica quirúrgica a la hora de amputar de manera más eficaz y menos dolorosa los miembros afectados por heridas de guerra (51). Los funcionarios médicos incorporaron descubrimientos aportados por Louis Pasteur otorgando más racionalidad a las medidas de control y tratamiento de las enfermedades infecciosas, incluso en la era pre-antibiótica (52).

Pero, desde el punto de vista social, la Guerra también dio lugar a la integración social y política de la clase obrera, la intervención del Estado en la economía (“economía de guerra”) y la incorporación masiva de la mujer al trabajo<sup>4</sup>.

### **2.1.2.2. El modelo Beveridge: Sistema Nacional de Salud**

La Segunda Guerra Mundial tuvo consecuencias graves en términos de pérdidas humanas, pero también económicas y sociales. Sobre todo en Inglaterra surgió la determinación del “nunca más”, de no volver a la política anterior y sus consecuencias. El sentimiento de unidad con el que los londinenses soportaron y

---

<sup>4</sup> En 1918, la industria pesada como la Krupp, de 110.000 trabajadores, 30.000 eran mujeres. En Gran Bretaña, de 1914 a 1918, la mano de obra femenina sube de 24% al 38% de la población empleada. (Sotelo, Ignacio: El Estado social. Editorial Trotta, Madrid, 2010, p. 189)

“ganaron” la guerra, dio lugar al “Espíritu de 1945”, que tan bien retrata Ken Loach en su documental. Es el interés por la paz, la democracia, y, con ellas, la política y la justicia social.

En esa Gran Bretaña de postguerra, es indudable la aportación de William Beveridge y las tesis económicas de J.M. Keynes, como piezas claves en la construcción de lo que hoy se conoce como Estado de bienestar, sobre unos principios de unidad y universalidad para la eliminación de la pobreza, al asegurar a todos los individuos un mínimo con el que hacer frente a su subsistencia.

En 1942, se publica el Beveridge Report (53) en cuya parte propositiva fija el objetivo de la seguridad social en erradicar la pobreza, garantizando a todos, y sin límite temporal, un subsidio que asegure una vida digna. El camino para alcanzar los objetivos de una mayor justicia social consiste en unificar los sistemas e instituciones y extender el campo de los beneficiados.

En el Informe, se sustenta en cuatro principios básicos: 1) Las reformas de futuro han de tener en cuenta las experiencias del pasado es un tiempo para la revolución y no para los parches. Por tanto, las reformas serán efectivas si se hacen a fondo; 2) La seguridad social, siendo el aspecto más importante del progreso social puesto que debe garantizar ingresos suficientes a lo largo de la vida, forma parte de una amplia política de progreso social que tiene como objetivo eliminar los cinco males que afectan a muchos ciudadanos: la miseria (al no poder cubrir sus necesidades básicas), la enfermedad, la ignorancia, el desamparo y el desempleo; 3) La seguridad social debe ser el resultado de la cooperación entre el Estado y los individuos; es decir, debe sustentarse sobre principios contributivos, puesto que no es un acto de caridad, contribuyendo los beneficiados con sus aportaciones al sostenimiento del sistema; 4) El Estado no debe debilitar la iniciativa ni la responsabilidad individual.

El informe elabora unas propuestas concretas: 1) un Plan de Seguridad Social de carácter universal, llegando a todos los ciudadanos: el Tesoro Público cubre a pensionistas y jóvenes sin edad para trabajar; los trabajadores asalariados, autónomos y los empresarios pagarán una cotización única; 2) El tratamiento médico que cubra todas las necesidades será dado a todos los ciudadanos por un Servicio Nacional de Salud.

Tras su publicación, el informe fue acogido con frialdad por parte del Gobierno conservador de Churchill, mientras que alcanzó un éxito y aceptación entusiasta por parte de los ciudadanos (54). En 1944, el Ministro de Sanidad del Gobierno de Coalición durante la Guerra, el conservador Henry Willink, junto con John Hawton elaboraron el Libro Blanco (“*A National Health Service*”) que desarrolló el informe Beveridge proponiendo las bases de un Servicio Nacional de Salud en Gran Bretaña universal, gratuito y disponible para todos los ciudadanos, independientemente de su poder adquisitivo. Este libro blanco lo presentó al Gobierno anterior a las elecciones de 1945 donde fue rechazado por proponer un servicio "organizado públicamente" en lugar de un servicio "proporcionado públicamente".

Este libro blanco fue retomado en parte por el Partido Laborista tras su victoria electoral de 1945 pero con una dura crítica a algunos de sus contenidos(55). Aneurin Bevan, ministro de sanidad, es el gran referente de los sistemas nacionales de salud y verdadero constructor del National Health Service Británico, estableció la financiación con los Impuestos Generales del Estado, nacionalizó los hospitales y logró un acuerdo con la BMA (British Medical Association) para el apoyo de la clase médica al nuevo modelo sanitario aceptando ciertas concesiones en cuanto a la provisión de servicios (no asalariados), libre elección del médico y voluntariedad en la colaboración con el NHS. Finalmente, el Proyecto de Ley Nacional de Servicios de Salud se publicó el 20 de marzo de 1946, y se convirtió en ley el 6 de noviembre de 1946 (56), comenzando a funcionar en 1948.



<b>Tabla I. Modelos sistemas sanitarios en Europa</b>		
Características	Sistema Nacional de Salud	Sistema de Seguridad Social
Consideración	Bien Público	Bien preferente
Derecho	Ciudadanía	Aseguramiento obligatorio
Financiación	Impuestos Generales del Estado	Contribuciones a la Seguridad Social
Cobertura	Universal	Universal
Gestión	Gobierno	Organismos paragubernamentales
Vinculación de profesionales	Red integrada	Contrato a proveedores
Competitividad	No	Contrato a proveedores
Pago	Presupuestario y prospectivo	Retrospectivo
Provisión	Pública dominante (Mod integrados y contractuales)	Mixta (Mod. Contractuales y de reembolso)
Copagos	Limitados	Importantes
Precio de los medicamentos	Regulado	Sin regular
Ejercicio profesional	Asalariado	Libre
Puerta de entrada	Atención Primaria	No hay
Fuerza	Médico de Familia	Médico especialista
Libre elección del médico	Controlada	Abierta
Retribución	Salario/capitativa	Acto médico

En resumen, Beveridge diseña un modelo complejo y completo. La gran novedad que aporta, respecto a sus precedentes, consiste, por un lado, en su convencimiento de que el progreso económico de la nación requiere la participación real de todos y que, por ello, hay que luchar contra las desigualdades de origen protegiendo por igual a todos los ciudadanos ante situaciones de necesidad que, aun en el mejor de los mundos, a todos se les presentan –enfermedad, invalidez, muerte, cargas

familiares y, finalmente, desempleo-, y, por otro, en su enfoque global y universal, superando, así, la visión de seguros sociales parciales y singularizados y extendiendo su proyección al conjunto de la población que reúna condiciones fijadas de antemano. No es, por tanto, una suma de seguros. Es una construcción nueva y completa que incorpora como elemento de igualdad no solo la seguridad social sino otros bienes de servicios públicos (servicios afines, enseñanza, desempleo, servicios sociales), como un derecho de ciudadanía (46).

### **2.1.3. Las organizaciones sanitarias internacionales**

Las primeras organizaciones dedicadas a la salud internacional se crearon en Europa durante el siglo XIX con la intención de proteger al comercio internacional contra la diseminación de enfermedades infecciosas.

La epidemia de cólera de 1830, transmitida a Europa por personas infectadas procedentes de la India, obligó a la implantación de una política de fronteras que imponía una cuarentena a todas las personas a bordo en los barcos que arribaban a puertos europeos. Esto fue el origen de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional (1851) (34)

Entre 1851 y 1900 se celebraron diez Conferencias Sanitarias Internacionales en las que participaron 12 países o Estados europeos, y que se centraron exclusivamente en la contención de las epidemias dentro de sus territorios. La conferencia inaugural de 1851 celebrada en París, que duró seis meses, estableció el principio fundamental de que la protección de la salud merecía ser objeto de consultas internacionales. En 1907 las naciones participantes decidieron crear la Oficina Internacional de Higiene Pública para evitar la propagación de las llamadas «enfermedades pestilentes».

La necesidad del control de enfermedades precisaba de la creación de servicios de atención a la salud y de salud pública. Incluso aparecieron iniciativas privadas como la de la familia Rockefeller que puso en marcha la Comisión Sanitaria Rockefeller (1909), la cual fue reconstituida en 1913 bajo el nombre de Comisión Internacional de Salud, cuyo objetivo expreso era la promoción "de la sanidad pública y la expansión del conocimiento de la medicina científica".

Al principio de siglo XX, la falta de eficacia en el control de enfermedades infecciosas la situación se hizo mucho más alarmante y condujo a necesidad de crear la Organización de la Salud de la Sociedad de Naciones, nacida a su vez de la recién creada Sociedad de Naciones (Ginebra, 1919 - 1946). En 1920, la Organización de la Salud estableció una comisión temporal sobre epidemias con el cometido de ayudar a dirigir las actividades en los países afectados.

Pero las acciones emprendidas como respuesta "ad hoc" a este tipo de enfermedades sin una estrategia única, no tuvieron el éxito deseado y precipitó que la Conferencia de las Naciones Unidas celebrada en San Francisco (1945) aprobara por unanimidad la necesidad de establecer una organización sanitaria nueva, autónoma e internacional que

fue el punto de partida para la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la siguiente Conferencia Sanitaria Internacional (Nueva York, 1946). Hasta ese momento, la salud internacional estaba planteada para la defensa de los intereses políticos y económicos de las potencias que surgieron tras la Segunda Guerra Mundial.

UNICEF se creó en 1946 mediante la decisión unánime de la Primera Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas, para proporcionar socorro de emergencia a millones de niños y niñas de la Europa de la Posguerra, Oriente Medio y China víctimas de la Segunda Guerra Mundial.

Incluso antes de que la OMS entrara en vigor (1948) ya empezó a definir una estrategia internacional. En 1947 creó el servicio de información epidemiológica, un servicio de respuesta automatizada por télex para el seguimiento de las enfermedades que son objeto del Reglamento Sanitario Internacional y otras enfermedades transmisibles de importancia internacional.

En las décadas siguientes, la OMS realizó importantes acciones como la publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (1948) o la Inmunización antituberculosa en masa con la vacuna del bacilo Calmette-Guérin (BCG) para proteger a los niños (1950). Se pueden considerar hitos de la organización:

1955: Lanzamiento del Programa de Erradicación del Paludismo, cuyo objetivo se modificó en 1969. Ulteriormente, la mayoría de los programas de erradicación del paludismo se transformaron en programas nacionales de control del paludismo.

1958: La Asamblea Mundial de la Salud inicia el programa de erradicación de la viruela.

1963: Se aprueba la vacuna antipoliomielítica oral, que había demostrado su eficacia para interrumpir la transmisión del polio virus salvaje de una persona a otra.

1965: Se crea el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, para coordinar y realizar investigaciones epidemiológicas y de laboratorio sobre las causas del cáncer humano.

1969: El Reglamento Sanitario Internacional, adoptado en 1951, cambia su denominación en inglés (International Sanitary Regulations) por la de International Health Regulations, y abarca específicamente el cólera, la peste, la viruela y la fiebre amarilla.

1973: El Dr. Halfdan T. Mahler, de Dinamarca, es elegido tercer Director General de la Organización Mundial de la Salud.

1975: Creación del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales para facilitar la coordinación de las actividades mundiales de lucha contra las enfermedades infecciosas desatendidas que afectan desproporcionadamente a las poblaciones pobres y marginadas, así como para prestarles apoyo e influir en ellas.

1976: La Asamblea Mundial de la Salud adopta una resolución sobre prevención de la discapacidad y rehabilitación en la que se insta a integrar la rehabilitación en los programas de atención primaria de salud y en la vida comunitaria.

1977: Publicación de la primera lista de medicamentos esenciales. En la actualidad, la lista comprende 340 medicamentos contra la mayoría de las afecciones mundiales prioritarias, incluidos la malaria, el VIH/SIDA, la tuberculosis, trastornos de la salud reproductiva y, cada vez más, enfermedades crónicas tales como el cáncer y la diabetes.

#### **2.1.4. El contexto sociopolítico y sanitario**

Durante las últimas décadas de la Guerra Fría (a finales de 1960 y principios de 1970) los EE.UU. se encontraban inmersos en un denso clima político y social, en relaciones tanto exteriores (La Unión Soviética inicia la carrera espacial enviando al primer hombre al espacio, crisis de los misiles en Cuba, Guerra de Vietnam, etc.) como en su organización interna (movimiento por los derechos civiles para los afroamericanos con Martin Luther King Jr., asesinato de Malcolm X, asesinato de John F. Kennedy, etc.). En ese contexto político, donde EEUU se cuestiona su “American way of life”<sup>5</sup> y su liderazgo mundial, pierde fuerza la intención de exportar su modelo sanitario.

Los programas de salud pública de las agencias internacionales de desarrollo durante este período también sufrieron un importante desprestigio ante su ineficacia para erradicar

---

<sup>5</sup> Es una concepción de vida en los Estados Unidos de América que se fundamenta en las libertades públicas, tal como fuera anunciada por los fundadores de la nacionalidad, y la afirmación del «privatismo» en la actividad económica. Es de carácter «salvacionista», ya que para sus seguidores es la única que puede moralizar la conducción de las relaciones internacionales y proporcionar a los demás pueblos la situación privilegiada que ellos disfrutaban. Enciclopedia Libre Universal en Español Disponible en: [http://enciclopedia.us.es/index.php/American\\_way\\_of\\_life](http://enciclopedia.us.es/index.php/American_way_of_life)

determinadas enfermedades como la viruela o la malaria. Cada programa operaba de manera autónoma, con su propia administración y presupuesto y muy poca integración(57). Aunque se obtuvieron algunos éxitos como la erradicación de la viruela y una disminución de la tuberculosis, estas intervenciones a corto plazo no se ocupan de la carga global de la enfermedad a las poblaciones pobres (58) y, aunque una enfermedad pueda controlarse o eliminarse, la población beneficiaria de esa intervención puede morir de otras muchas enfermedades (59). A principios de los años 70 esta situación empeoró desde el punto de vista epidemiológico pero, el verdadero determinante para la revisión crítica de estos programas verticales, fue el importante aumento de los gastos, que hizo más patente su ineficiencia (60).

Ante la evidencia del fracaso, muchos países trataron de aplicar enfoques más integrales para la prestación de servicios básicos de salud. Entre ellos destacan la experiencia de centros de salud rural en la India (61) o la de los centros de salud municipales de Finlandia, integrando los servicios de atención primaria curativa, preventiva y de salud pública de la población (62) o el programa médico descalzo en China. Estos países y otros países (Nicaragua, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Bangladesh o Filipinas<sup>6</sup>) situaron a nivel internacional la necesidad de un compromiso con la “Equidad social” en los servicios de salud, esto es, que la protección sanitaria debe superar la brecha entre los diferentes niveles socioeconómicos presentes en las poblaciones (63).

También en la OMS se empezaron a plantear nuevas formas de intervención. Desde finales de 1960, hubo un aumento en los proyectos de la OMS en relación con el desarrollo de "servicios básicos de salud" (de 85 en 1965 a 156 en 1971) (64). Estos proyectos fueron predecesores institucionales de los programas de atención primaria de la salud que más tarde aparecerán.

Además, aparecen nuevas propuestas para la salud y el desarrollo (65,66) que fueron conformando el concepto de atención primaria de salud. Bryant llega a afirmar: “*Un gran número de personas en el mundo, tal vez más de la mitad, no tienen acceso a la atención de salud, y para muchos de los que la tienen, la atención que reciben no responde a sus verdaderos problemas. . . las necesidades de salud más graves no pueden ser satisfechas por los equipos con pistolas pulverizadoras y jeringas vacunar.*”<sup>7</sup>

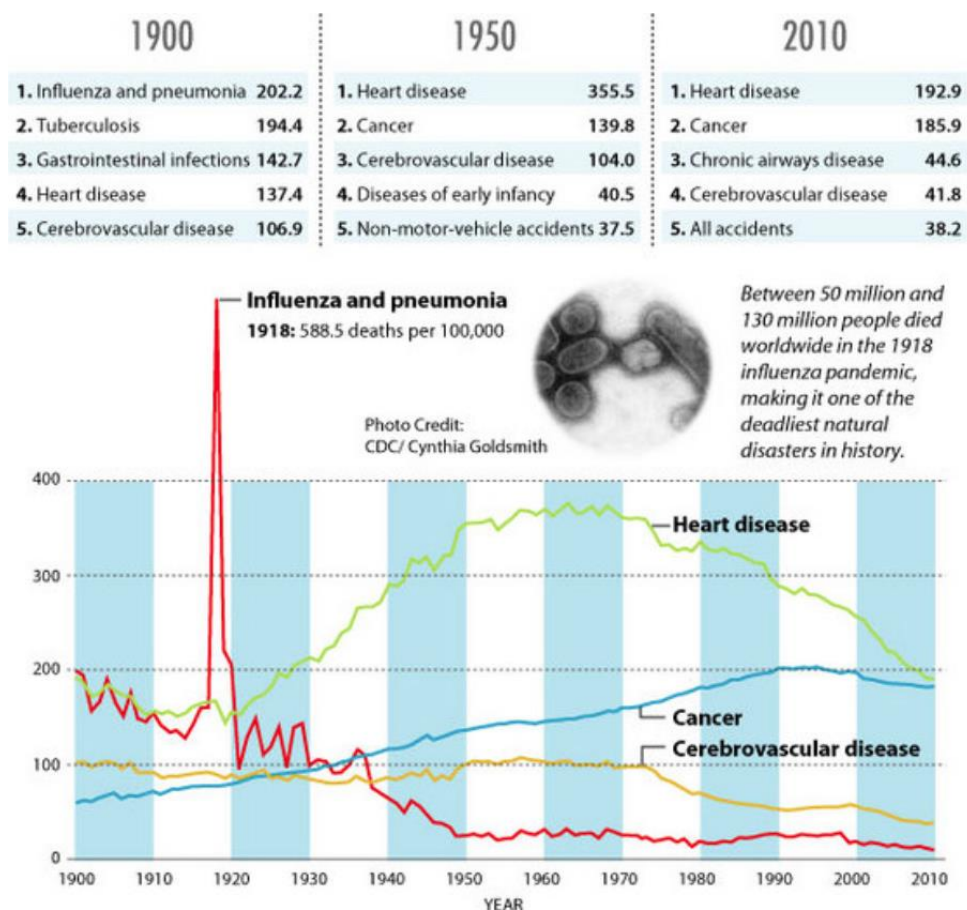
---

<sup>6</sup> Estos países desarrollaron "programas de salud basados en la comunidad"

<sup>7</sup> Bryant asistió como representante de los EEUU en Alma-Ata

Por otra parte, otro factor va a impulsar la necesidad del cambio de políticas. A lo largo del siglo XX se estaba produciendo una marcada disminución de las tasas de mortalidad con el aumento de la longevidad de la población. En los países industrializados, la conjunción de mejoras en el saneamiento y en las condiciones generales de vida, especialmente de la nutrición, estaba produciendo un acusado cambio en las causas de muerte, pasando a ser preponderantes las enfermedades crónicas, en especial las cardiovasculares y el cáncer, mientras que disminuyen las enfermedades infecciosas o transmisibles (agudas) (Ilustración 3) (67).

Ilustración 3. Principales causas de muerte en USA



<http://www.livescience.com/21213-leading-1>

En 1973, el año en el que Halfdan T. Mahler es nombrado director general de la OMS, el Consejo Ejecutivo de la OMS emitió el informe Organizational Study on Methods of Promoting the Development of Basic Health Services (68). Este informe fue la base para

una redefinición de la colaboración entre la OMS y el UNICEF (que podría remontarse a los años inmediatamente posteriores a la Segunda Guerra Mundial). Mahler estableció una relación estrecha con Henry Labouisse, directora ejecutiva de UNICEF, entre 1965 y 1979, que tenía su propia experiencia rica en iniciativas de base comunitaria en materia de salud y educación. En 1975, ambas organizaciones publican *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries*. El término "alternativo" subrayó las deficiencias de los programas verticales tradicionales centrados en enfermedades específicas. Según el documento, las principales causas de morbilidad en los países subdesarrollados eran la desnutrición y las enfermedades transmitidas por vectores, tanto respiratorias como las enfermedades diarreicas, y todas era consecuencia de la pobreza, la miseria y la ignorancia.

Consecuencia del informe anterior, la 28ª Asamblea Mundial de la Salud en 1975 reforzó la tendencia, declaró como "prioridad urgente" la elaboración de Programas Nacionales en la atención primaria de salud y, un año más tarde, en la Asamblea Mundial de la Salud de 1976, Mahler propuso la meta de "Salud para todos en el año 2000."(69).

### **2.1.5. Un nuevo modelo de atención médica: Engel**

Durante miles de años, la cultura occidental ha dicotomizado ciencia y arte, empirismo y experiencia subjetiva, o biología y psicología. En medicina esto se expresa en un modelo de atención biomédico en el que el conocimiento estructural y fisiológico es suficiente para comprender la enfermedad. Pero, las interacciones no se detienen ahí. Nuestra biología interactúa con lo social y lo psicológico. Nuestros hábitos modifican continuamente nuestra función cerebral y esta modifica a su vez nuestros hábitos existentes y nuestra capacidad para adquirir nuevos aprendizajes y nuevos hábitos.

En 1977, Engel publicó *"The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine"* (70). En este ensayo la enfermedad incluye la sensación subjetiva de malestar, así como el efecto que tiene el proceso de la enfermedad en el paciente como una persona y como miembro de comunidad social. Así, propone un modelo biopsicosocial (BPS), basado en la teoría de sistemas (71) y en la organización jerárquica de los organismos, por el que los fenómenos mentales y sociales se interrelacionan con los fenómenos físicos más básicos y no es posible obviar esta relación.



En el mismo, se plantea que las acciones a nivel biológico, psicológico y social están dinámicamente relacionados entre sí y que estas relaciones afectan tanto al proceso como a los resultados de la atención. Engel cree que para entender y responder adecuadamente a los sufrimientos de los pacientes y para darle un sentido de clínico, se deben de atender simultáneamente a las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la enfermedad.

La perspectiva biopsicosocial implica un reconocimiento de que la enfermedad no se manifiesta sólo en términos de fisiopatología, sino también puede afectar a la vez muchos niveles diferentes de funcionamiento, desde celulares a sistema de órganos de una persona a la familia a la sociedad. Este modelo ofrece una mayor comprensión de los procesos de enfermedad que abarca varios niveles de funcionamiento, incluyendo el efecto de la relación médico-paciente (72).

Engel defendió sus ideas no sólo como una propuesta científica, sino también como una ideología fundamental que pretende revertir la deshumanización de la medicina y la falta de autonomía de los pacientes. El modelo biopsicosocial es tanto una filosofía de la atención clínica y una guía de práctica clínica. Filosóficamente, es una forma de entender cómo el sufrimiento y la enfermedad se ven afectados por múltiples niveles de organización, es una forma de entender que la experiencia subjetiva del paciente es un colaborador esencial para el diagnóstico preciso, los resultados de salud y cuidado humano (73).

El modelo biopsicosocial se ofrece como un "nuevo paradigma médico" (74): 1) una visión del mundo que incluiría la experiencia subjetiva del paciente junto con los datos biomédicos objetivos; 2) un modelo de la causalidad que sería más completo y natural que los modelos reduccionistas lineales simples; y 3) una perspectiva de la relación paciente-médico que otorga más poder al paciente en el proceso clínico y transforma el papel del paciente de objeto pasivo de la investigación al sujeto y protagonista del acto clínico.

### **2.1.6. Razones para el cambio**

A principios de la década de los 70 del siglo XX, una serie de evidencias fueron conformando una revisión crítica de las políticas sanitarias internacionales que planteó una necesidad de cambio:

1. La aparición de nuevas formas para interpretar el proceso de enfermar basadas en los modelos explicativos de los determinantes de la salud (24).
2. Los espectaculares avances de la medicina con la formulación de nuevos fármacos y vacunas capaces de prevenir o curar las infecciones.
3. El descrédito en el que se encontraban inmersas las agencias estadounidenses de la salud y la OMS por la ineficacia de sus políticas en la erradicación de la malaria y, en general, la falta de efectividad de sus programas verticales tradicionales centradas en actuaciones dirigidas a enfermedades específicas fuera del contexto sociopolítico y de las condiciones sociosanitarias de los países.
4. La demostración del beneficio que suponían las aportaciones de la salud pública basadas en las mejoras de las condiciones higiénicas en la población.
5. Los importantes logros que se estaban alcanzando en el control de las enfermedades transmisibles en los países industrializados en función del progreso socioeconómico (mejoras en la calidad de vida) y la presencia de sistemas sanitarios públicos (acceso de la población a la protección de la salud).
6. El cambio del patrón epidemiológico con progresiva presencia de las enfermedades no transmisibles
7. El debate internacional de la “Equidad Social” con la experiencia de centro de salud rural (India) o municipal (Finlandia) y los programas de salud basados en la comunidad (la mayoría implementados en países latinoamericanos).
8. La irrupción de un nuevo modelo de atención médica basado en la contextualización del paciente según las aportaciones de Engel.

## 2.2. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. Una nueva forma de organizar los servicios asistenciales.

La Declaración de Alma-Ata de 1978 supuso un hito porque conjugaba el enfoque basado en el derecho humano a la salud con una estrategia viable que permitiera su conquista, estableciendo la Atención Primaria de Salud (APS) como fundamento científico y lógico de los servicios sanitarios. El documento resultante de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria manifestaba que la atención primaria de la salud constituía la clave para reducir las desigualdades en materia de salud que existen entre los países y dentro de los mismos y, por ende, para lograr la ambiciosa pero inalcanzada meta de una “Salud para todos” para 2000.

En este documento se define la atención primaria de la salud como un servicio de atención sanitaria: *“esencial, basada de métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”*(75). Se describe explícitamente una estrategia que responda de manera más equitativa, adecuada y eficaz a las necesidades básicas de salud, y también frente a las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de la mala salud (76)

En esta declaración se exhortaba a los gobiernos a formular políticas nacionales que incorporaran la atención primaria de la salud a sus sistemas nacionales de salud. La APS debe formar parte integrante tanto del sistema sanitario, del ha de constituir la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad.

Así, la sitúa como el primer contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema. Los sistemas sanitarios deben dar importancia a la atención sanitaria comunitaria, como reflejo de la realidad política y económica de un país. Este tipo de modelo contribuiría a llevar “la atención sanitaria lo más cerca posible de los lugares de trabajo y residencia de las personas”, posibilitando así su acceso a los trabajadores sanitarios, médicos y auxiliares de enfermería de ámbito comunitario conforme a sus necesidades.

El modelo de Atención Primaria estableció un conjunto de elementos conceptuales que afectan al sistema sanitario, a la comunidad y a la atención personal. En aras al desarrollo posterior de la tesis, estos elementos se pueden sintetizar en:

1. Esencial. Es un concepto universal que la OMS no define en sí mismo. Para la Real Academia de la lengua se define como “sustancial, principal, notable “e “Imprescindible o absolutamente necesario
2. Universalidad. Atención sanitaria para todos los habitantes de un país. La salud se entiende como un derecho.
3. Accesibilidad. Consiste en la facilidad con que puede recibirse la atención necesaria, en función de limitaciones económicas, sociales, organizativas, geográficas, temporales o culturales. La atención sanitaria ha de llegar a quién la necesita y cuando la necesita.
4. Primaria. El concepto “primaria” tiene varias acepciones en nuestra lengua como “Primitivo, poco civilizado” o “Primero en orden o grado” pero es en su expresión “Principal o esencial<sup>8</sup> donde se ha de comprender el término como también lo aclara Martín Zurro (77).
5. Núcleo principal del sistema. El sistema se debe de organizar desde la APS, estando todos los demás niveles, unidades especializadas y hospitales al servicio de dicha estructura troncal<sup>9</sup>.
6. Puerta de entrada al sistema. Primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema, independientemente de las subdivisiones organizativas establecidas en el mismo<sup>10</sup>.
7. Coste soportable por la comunidad. Esto es, su gasto ha de estar en función del nivel de riqueza del país
8. Científicamente fundada. La medicina ha de estar basada en la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica.
9. Metodología aceptable. Implica la comprensión integral de la atención que se ha de dispensar a los individuos y a las comunidades. Esta ha de ser aceptada por la propia comunidad. El razonamiento médico integral necesita(78): obtener información para resolver una situación problemática inicialmente incierta y ambigua, trabajar en un desarrollo progresivo en el tiempo total, entender el

---

<sup>8</sup> Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua.

<http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=primario>

<sup>9</sup> Bono Santos E. La Atención Primaria de Salud. En: Gallo Vallejo FJ et al. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Semfyc. Madrid. 1997 ISBN: 84-7867-126-9

<sup>10</sup> Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Ediciones Doyma SA. Barcelona. 1989

problema del paciente en cuanto a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; cumplimentar los aspectos humanos, económicos, éticos, legales, institucionales; realizar preguntas relacionadas con el ambiente social, factores psicosociales y otros; ordenar pocas exploraciones, indicar medidas profilácticas y promocionales y tener en cuenta los sentimientos del paciente, valores, temores, miedos y sentimientos.

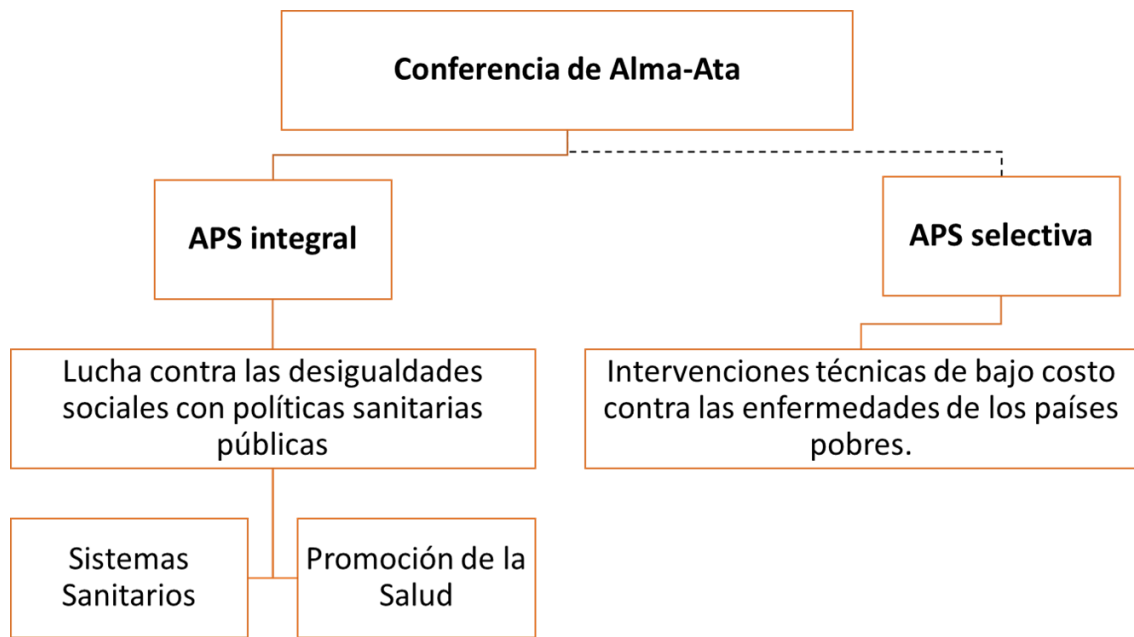
10. Tecnología adecuada. Durante la Conferencia de Alma-Ata hubo críticas al papel negativo de la "tecnología orientada a la enfermedad." (79) tanto desde el punto de vista de los costes como sus consecuencias. El uso de la tecnología no puede ser un valor clínico en sí mismo si no es para mejorar la salud de las personas.
11. Atención a la comunidad. Supone la participación en la planificación, organización, operación y control de la atención primaria de salud, haciendo un uso completo de los recursos locales y nacionales disponibles. Para ello, es necesario promocionar la adecuada educación y aumento de la participación ciudadana.

### **2.2.1. Los desarrollos de la Atención Primaria de Salud: las dos Almas. Los alineamientos políticos y financieros: el debate ideológico**

El agitado clima económico que acompañó a la llegada de la década de 1980 contribuyó a un abandono de la atención primaria de la salud en favor del modelo más asequible de atención sanitaria selectiva, orientada a tratar enfermedades y dolencias específicas. Tampoco hubiera podido prever el más clarividente pensador, en 1978, los acontecimientos mundiales que se avecinaban: una crisis del petróleo, una recesión mundial y la introducción, por parte de los bancos de desarrollo, de programas de ajuste estructural que retiraban los presupuestos nacionales de los servicios sociales, incluida la salud. A medida que disminuían los recursos para la salud, los enfoques selectivos en los que se empleaban paquetes de intervenciones ganaron aceptación con respecto al objetivo previsto de reconfigurar fundamentalmente la atención de salud. La aparición del VIH/SIDA, la reaparición asociada de la tuberculosis y un aumento de los casos de paludismo desplazaron la atención de la salud pública internacional fuera de los programas de base amplia y hacia la gestión urgente de las situaciones de emergencia de alta mortalidad (80).

Si bien esta es una versión de los hechos, otra no menos plausible es la que divide a la OMS en dos corrientes enfrentadas (Ilustración 4). ¿Dónde inyectar la financiación, en el modelo que plantea los desarrollos de los sistemas sanitarios para combatir las desigualdades en salud de sus ciudadanos o priorizar las enfermedades infecciosas que afectaban a los tres mil millones de personas en el mundo menos desarrollado? Según esta versión de la historia, el capital optó por la segunda opción que, al fin y al cabo mantenía el ancestral interés por la lucha contra las epidemias para preservar el mercado y protegerse de riesgos epidémicos.

Ilustración 4. Las dos Alma-Ata





### **2.2.2. Atención Primaria de la Salud Selectiva**

Un año después de Alma-Ata la Fundación Rockefeller patrocina una pequeña conferencia titulada “Health and Population in Development” en el Bellagio Conference Center de Italia.

La visión particular de los organizadores consideraba que se estaban encontrando “signos preocupantes de disminución del interés en los problemas de la población” y convocaron la reunión con el objetivo de examinar la nueva situación surgida tras Alma-Ata porque aseguraban que la necesidad de recursos que precisaba limitaba su alcance.

Asistieron a la reunión personas como Robert S. McNamara, ex secretario de defensa en las administraciones Kennedy y Johnson y, en ese momento, presidente del Banco Mundial, Maurice Strong, presidente del Centro de Investigación Canadiense de Desarrollo Internacional, David Bell, vicepresidente de la Fundación Ford y John J. Gillian, administrador de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La conferencia se basó en el documento publicado “Atención Primaria de la Salud selectiva, una estrategia provisional para el control de enfermedades en los países en desarrollo” (81) en el que, sin criticar abiertamente Alma-Ata, introducen el concepto de “Atención primaria de salud selectiva” y lo presentan como una nueva perspectiva: conjunto de intervenciones técnicas de bajo costo para hacer frente a los principales problemas de las enfermedades de los países pobres. Sus autores plantean que una acción selectiva sobre los problemas de salud pública más graves de una región maximizaría la mejora de la salud en los países en desarrollo

En los años siguientes, se establecieron cuatro factores para guiar la selección de las enfermedades diana para la prevención y tratamiento: prevalencia, morbilidad, mortalidad, y la viabilidad de control (incluyendo la eficacia y el costo).

Así, más que el énfasis previsto en el desarrollo y la sostenibilidad de los sistemas de salud y las infraestructuras para mejorar la salud de la población, la implementación de atención primaria de la salud en los países en desarrollo se centró en cuatro programas verticales que fueron conocidos como GOBI: vigilancia del crecimiento de los niños (problema de nutrición), técnicas de rehidratación oral (problema de diarreas infantiles), la lactancia materna (alimentación y disminución de embarazos) y la inmunización (vacunación) (82). Curiosamente, no incluyeron las infecciones respiratorias agudas que suponían la mayor causa de mortalidad infantil en los países pobres, tal vez porque sería

más costosa al necesitar la participación activa de muchos profesionales médicos para el diagnóstico y tratamiento (69).

Más tarde se añadieron la planificación familiar, educación de la mujer, y la suplementación alimentaria (FFF). Estas intervenciones sólo iban a las mujeres en edad fértil (15 a 45) y los niños hasta los cinco años.

Uno de los participantes de la reunión de Bellagio fue James Grant, un economista educado en Harvard y abogado, que en 1980 fue nombrado director ejecutivo de UNICEF. Bajo su liderazgo, UNICEF comenzó a alejarse de un enfoque integral de la atención primaria de salud. Grant creía que los organismos internacionales tenían que hacer todo lo posible con los recursos finitos y oportunidades políticas locales de corta duración.

El debate entre las dos versiones de la atención primaria de salud era inevitable<sup>11</sup>. Algunos partidarios de la Atención Primaria de la Salud Integral comenzaron a considerar la Atención Primaria de Salud Selectiva como complemento de la Declaración de Alma-Ata, mientras que otros pensaban que contravenía la declaración.

Los partidarios de la atención primaria de salud integral acusaron a la selectiva de un enfoque tecnocrático estrecho, que desvía la atención de la salud básica y el desarrollo socioeconómico, sin pensar en las causas sociales de la enfermedad y que se parecía a los programas verticales (83). Este enfoque selectivo no se refiere a la salud como algo más que la ausencia de enfermedad, ni como un estado de bienestar, incluyendo la dignidad, ni como la encarnación de la capacidad de ser un miembro activo de la sociedad. No reconoce el papel de la equidad social y la justicia social de los destinatarios y elabora acciones desde hospitales y centros de salud sin la participación de la propia comunidad. Además, ataca uno de los elementos esenciales de la propuesta de Alma-Ata, el énfasis en la autosuficiencia de las comunidades para promover y mantener su propia salud(82).

El debate sobre la atención primaria de salud se mantuvo muy activo. Newell, uno de los arquitectos de la atención primaria de salud, hizo una dura crítica: "[la atención primaria de salud selectiva] *es una amenaza y se puede considerar como una contrarrevolución.*

---

<sup>11</sup> Ejemplos de debate son las cartas enviadas al editor que apareció en la sección "Correspondencia" de la *New England Journal of Medicine* 302 (1980): 757-759. Ver también S. Rifkin y G. Walt, "¿Por qué mejora la salud: Definición de las cuestiones relativas a 'Integral de Atención Primaria de la Salud' y 'selectivo Atención Primaria de Salud'", *Social Science and Medicine* 23 (1986): 559-566; JP Unger y J. Killingsworth, "Selective Atención Primaria de Salud: Una revisión crítica de los métodos y resultados," *Social Science and Medicine* 10 (1986): 1001-1002; el número especial "Atención selectiva o Integral de Salud Primaria" de *Social Science and Medicine* 26 (9) (1988).

*En lugar de una alternativa, (...) puede ser destructivo (...). Sus atractivos a los profesionales y a los organismos de financiación y los gobiernos en busca de metas a corto plazo son muy evidentes. Tiene que ser rechazada” (84).* No obstante, las agencias de Estados Unidos, el Banco Mundial y UNICEF comenzaron a priorizar a algunos aspectos de GOBI, tales como soluciones de rehidratación oral y la inmunización. Como resultado, el aumento de la tensión y la acritud que marcó la relación entre la OMS y el UNICEF en la década de los 80, las dos instituciones fundadoras de la atención primaria de la salud.

No obstante, la Atención Primaria de Salud Selectiva ha contribuido en gran medida a la mejora de la salud mundial. A nivel mundial, entre 1980 y 1993, la mortalidad infantil se ha reducido en un 25 por ciento, mientras que la esperanza de vida en general ha aumentado en más de cuatro años, a sesenta y cinco años. Pero, mientras que el número de niños menores de cinco años que morían a causa de enfermedades prevenibles por vacunación disminuyó en 1,3 millones, más de doce millones de estos niños seguían muriendo en esos años. De ellos, las enfermedades prevenibles por vacunación todavía representaron 2,4 millones de muertes y la diarrea infantil y la desnutrición siguieron siendo las causas principales de deterioro de la salud de los niños menores de cinco años en los países en desarrollo (85).

Un informe de las Naciones Unidas 2003 argumenta que la asistencia internacional destinada a ayudar a los países más pobres a desarrollar está fallando; que exige un nuevo examen de las estrategias actuales si el mundo ha de cumplir los objetivos de reducción de la pobreza, el hambre y las enfermedades (86). De acuerdo con el informe, cincuenta y cuatro países son más pobres de lo que eran en 1990, y la esperanza de vida ha retrocedido en los treinta y cuatro países, la mayoría en África.

### **2.2.3. Atención Primaria de la Salud Integral**

Con el cambio hacia un enfoque selectivo, el potencial transformador de la atención primaria de salud integral se mantuvo en gran parte sin explotar.

No obstante, se hicieron avances en el modelo en tres aspectos fundamentales: la maduración conceptual de las propuestas, la promoción de la salud y los sistemas sanitarios.

A pesar de que la propuesta de organización de los sistemas siempre tuvo carácter de recomendación y los países miembros de la Conferencia no adquirieron compromiso explícito en su aplicación, y que, como se ha dicho, la financiación prefirió al modelo selectivo, hubo algunos éxitos importantes en la integración de la APS a los sistemas sanitarios, sobre todo en la década de 1980. Mozambique, Cuba y Nicaragua, por ejemplo, ampliaron su cobertura de atención primaria de salud y mejoraron considerablemente sus índices de salud de la población. Las claves de estos logros fueron la voluntad política para satisfacer las necesidades básicas de salud de todos los ciudadanos, la participación popular activa en el esfuerzo de alcanzar este objetivo, y una mayor equidad social y económica (87).

Dentro de este grupo de países cabe incluir el caso del Sistema Nacional de Salud español que se analizará más adelante.

En definitiva, las dos versiones de la Atención Primaria no eran más que un enfrentamiento ideológico entre la lucha contra las desigualdades de salud de los pobres o contra aquellas situaciones seleccionadas desde la óptica del poder para intervenciones puntuales, poco costosas y ampliamente beneficiosas para sus intereses y sus negocios. Marcos Cueto lo expresa muy bien cuando cuenta que en el GOBI de desnutrición infantil, las industrias de lactancia artificial tuvieron unas ventas en 1979 de 2 mil millones de dólares de las cuales, las naciones del Tercer Mundo, consumieron el 50% del total<sup>12</sup>, y nos encontrábamos a unas madres desnutridas dándoles biberones y sin poder amantar a sus hijos. ¿No hubiera sido más razonable alimentar y cuidar mejor a las madres?

---

<sup>12</sup> Sheefeld H. I., "Nestle Boycott to Save Lives of Third World Babies," Michigan Chronicle, December 29, 1979. [newspaper clipping], Folder "The Protection and Promotion of Breastfeeding," CF-NYH-09 D 05-81 Heyward T011 A138, UNICEF Archives.

#### **2.2.4. Conclusiones: lo que queda del modelo**

Con la despedida de Mahler de la OMS (1988), esta dejó de presentar un perfil político y con su sucesor, el Dr. Hiroshi Nakajima, se perdió el impulso necesario para alcanzar una Atención Primaria Integral en defensa de las desigualdades en la salud. Desde entonces la OMS abanderó las campañas de prevención de la tuberculosis, del SIDA, del sarampión, el tabaquismo o de la gripe A

El progreso insuficiente hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en combinación con los peligros que suponen para la salud mundial y la seguridad humana el cambio climático, la pandemia de gripe y la crisis alimentaria mundial han dado paso a un interés renovado por la atención primaria de la salud. Sin embargo, los numerosos obstáculos que impidieron la aplicación de los principios propugnados en Alma-Ata han ido cambiando a lo largo del tiempo, por lo que debemos abordarlos si queremos alcanzar esos objetivos en la actualidad. Las pruebas cada vez más abundantes que avalan la eficacia y rentabilidad de las iniciativas que combinan la atención en el hogar y en la comunidad con servicios de extensión y de atención en establecimientos, pueden servir de inspiración a los gobiernos, aliados internacionales y organizaciones civiles para dar un nuevo impulso a la atención primaria de la salud (69).

A pesar de que la estrategia general, surgida de Alma-Ata, “Salud para todos en el año 2000” fuera aprobada de manera unánime en la Conferencia, la realidad es que los responsables de la política sanitaria de muchos estados industrializados no han hecho los esfuerzos para potenciar la APS, probablemente porque muchos han podido pensar que su aplicación sólo tenía sentido en los países pobres y que, en los países industrializados, ya se cumplen todos o gran parte de los requisitos de la Atención Primaria. Sin embargo, estos últimos, con un sistema sanitario altamente desarrollado, también necesitan corregir errores organizativos y de orientación conceptual (Martín Zurro et al, 1989) porque disminuir las desigualdades sociales es un problema creciente también en sus poblaciones (88).

Desde el punto de vista conceptual, la APS ha seguido un intenso proceso de maduración de sus propuestas. Han surgido nuevos elementos fruto del desarrollo teórico de su cuerpo de conocimiento. Entre ellos, cabe destacar ideas como:

- La introducción de los “Consejos de Salud” como órganos que vehiculizan la participación comunitaria en la APS

- La incorporación de los “mapa sociosanitarios” como herramienta de análisis e intervención comunitaria desde la APS
- El trabajo en equipos multidisciplinarios
- Los Centros de Salud como estructuras que soportan la atención a la población proporcionada por EAPs
- El Gatekeeping que supera al concepto de puerta de entrada (función filtro) para avanzar hacia una regulación del acceso al sistema velando para que los usuarios que accedan a la atención especializada se beneficien realmente de este tipo de asistencia (89)
- El establecimiento de las cuatro características básicas de la APS (90):
- Accesibilidad en sus acepciones más amplias, identificado diferentes tipos de barreras
- longitudinalidad, característica básica y la función clave de la Atención Primaria.
- Coordinación asistencial con otros niveles asistenciales, y la
- integralidad. Es decir, la prestación de servicios muy variados por médicos de familia muy polivalentes (capaces de ofrecer atención a problemas agudos y crónicos, urgencias, cirugía menor, pediatría, ginecología, obstetricia, cooperación en tratamientos oncológicos, morir a domicilio, etc.) a pacientes y familiares conocidos “de toda la vida”. Y, al tiempo, la identificación por los pacientes y familiares de su médico de cabecera como primera fuente de cuidados (91)
- Los desarrollos de la evidencia científica gracias a las aportaciones del “Evidence-Based Medicine Working Group” (EBMWG) de la Universidad McMaster (Canadá) en 1992: "La Medicina basada en la evidencia es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales" (92).
- Los avances en protocolización y Guías de Práctica clínica en APS.
- La clasificación internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONCA.
- La incorporación de los sistemas de registro de la actividad clínica con las Historias clínicas en formato papel o las actuales Historias Clínicas Electrónicas

### **2.2.5. La promoción de la salud**

Las primeras referencias históricas sobre la necesidad de iniciar un salto cualitativo en la comprensión de la salud para superar la concepción biomédica aparecen en la década de los 60 en los países desarrollados coincidiendo con el auge de las enfermedades crónicas. Con estas se comprobó que modelo epidemiológico que tan buen resultado produjo para la comprensión de las enfermedades infecciosas era insuficiente, siendo necesario incorporar un cambio en el pensamiento médico que permitiera comprender la importancia de las conductas de las personas en la génesis y desarrollo de estas enfermedades que, en esencia, estaban mucho más relacionadas con los hábitos y estilos de vida. Esto supuso un cambio de paradigma, del modelo causal lineal se pasó a otro en el que múltiples causas podían concurrir para explicar epidemiológicamente el proceso de enfermar: Para comprender el modelo multicausal, conviene recordar la teoría general de sistemas propuesta por Von Bertalanffy (71) en 1968 y aplicarla al proceso salud-enfermedad. Lo biológico, lo psíquico y lo social son subsistemas que interactúan en el individuo y condicionan su estado de salud en cada instante de su vida. Por ello, cualquier problema de salud debe ser interpretado bajo un modelo de multicausalidad que ayude a la formulación de la hipótesis (¿qué le ocurre al paciente?) y a la comprensión de su situación.

En los años 70 el interés científico se centró en encontrar patrones que definieran conductas de riesgo de enfermar intentando establecer una “higiene de las conductas” lo que años más tarde se consideró como el inicio de la Educación sanitaria centrada en la eliminación de esos factores de riesgo desde una perspectiva puramente individual (93).

#### Conferencias y reuniones internacionales

En las dos últimas décadas del siglo xx se han producido de forma acelerada transformaciones sociales importantes como el incremento en la esperanza de vida, los cambios en la estructura y organización familiar o los flujos migratorios (sobre todo en el sur de Europa) que condiciona un importante y rápido cambio en los problemas de salud y en las causas de morbimortalidad (94) y que han obligado a una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Para abordar este creciente problema de salud un paso esencial fue la reunión de alto nivel de la Asamblea General de la Organización de las

Naciones Unidas (ONU) de 2011 (95) sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Pero desde antes, se habían ido desarrollando en la OMS reuniones internacionales de los países sobre el tema de la promoción de la salud como mecanismo para la elaboración de las mejores políticas públicas.

<b>Tabla II. Conferencias y Reuniones internacionales en torno a la Promoción de la Salud</b>		
<b>1ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa. Canadá. 1986 (96)</b>		
	Hacia una nueva Salud Pública reafirmando la justicia social y la equidad como prerequisites para la salud	
		Construir una política de salud pública saludable
		Crear entornos que apoyen a la salud
		Reforzar la acción comunitaria
		Desarrollar habilidades personales
		Reorientar los servicios sanitarios
<b>2ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Adelaida. Australia. 1988 (97)</b>		
	Políticas Públicas a favor de la Salud. Estrategias de acción	
		Una política que favorezca la salud
		El valor de la salud como derecho
		Equidad, acceso y desarrollo contra las desigualdades
		La responsabilidad de la salud de todos los niveles gubernamentales
		Avanzar más allá de la asistencia sanitaria hacia el desarrollo social
		Unidos en el proceso político toda la representación de la sociedad
<b>3ª Conferencia Internacional Sundvall. Suecia. 1991</b>		
	Entornos propicios para la salud	
		Creación de ambientes favorables a la salud
		Factores perjudiciales a la salud: los conflictos armados, el rápido crecimiento de la población, la alimentación inadecuada, la falta de medios para la autodeterminación y la degradación de los recursos humanos
<b>4ª Conferencia Internacional. Yakarta. 1997</b>		



	Nuevos actores para una nueva era: Guiando la promoción de la salud hacia el siglo XXI. Se demuestra que las estrategias de promoción de la salud contribuyen al mejoramiento de la salud y la prevención de enfermedades tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados.
	Los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más efectivos
	Ciertos escenarios ofrecen oportunidades prácticas para la implementación de extensas estrategias
	La participación es esencial para mantener los esfuerzos
	Aprender acerca de la salud fomenta la participación
<b>Declaración del Milenio. ONU. 2000</b>	
	Se reafirma el compromiso de los estados en la erradicación de la pobreza, la protección del entorno común, los derechos humanos, democracia y buen gobierno y, entre otros, la protección de las personas vulnerables.
	En 2015, hay que reducir a la mitad el porcentaje de habitantes del planeta cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día
	En 2015, hay que reducir a la mitad el porcentaje de las personas que padezcan hambre
	En 2015, hay que reducir a la mitad el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable o no puedan costearlo
	En 2015, hay que conseguir que los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria y tengan igual acceso a todos los niveles de la enseñanza
	En 2015 se tiene que haber reducido la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales (año 2000)
	En 2015 se tiene que haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, el flagelo del paludismo y otras enfermedades graves que afligen a la humanidad.
<b>5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud. Ciudad de México. 2000 (98)</b>	
	Promoción de salud, hacia una mayor equidad. El desarrollo social es un deber esencial de los gobiernos mediante el abordaje de las inequidades en salud usando el concepto y las estrategias de promoción de la salud.

		Renovar la inversión en investigación y evaluación apropiadas para mejorar la comprensión de los factores determinantes de la salud
		Desarrollar indicadores que sean más sensibles y pertinentes a la salud
		Buscar una mejor interacción entre los investigadores, los encargados de formular políticas, los profesionales y las comunidades con quienes trabajan.
		Empoderar a la comunidad potenciando su acceso a la información
<b>Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. 2004 (99)</b>		
		Entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles reduzcan la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física.
		Reducir los factores de riesgo asociados a un régimen alimentario poco sano y a la falta de actividad física
		Promover la conciencia y el conocimiento generales acerca de la influencia del régimen alimentario y de la actividad física en la salud
		Fomentar políticas y planes de acción sostenibles encaminados a mejorar las dietas y aumentar la actividad física
<b>6ª Conferencia internacional sobre Promoción de Salud: Carta de Bangkok. 2005 (100)</b>		
		Los determinantes de salud en relación con las políticas y alianzas para la acción sanitaria. Empoderar a las comunidades para que alcancen igualdad y mejoren su salud en debe incorporarse al proceso de globalización y ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional.
		La desigualdad creciente entre los países está, cada vez más, marcado los problemas de la salud
		La globalización está produciendo cambios sociales, económicos y demográficos que afectan a las condiciones labores, a las estructuras familiares (nuevas formas de familia) y a la cultura de los pueblos
		Hay que entenderla como una oportunidad de mejora para disminuir los riesgos transnacionales que amenazan a la salud, aunque, para ello, es esencial incorporar en el proceso la participación activa de la sociedad civil.
<b>Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008 (101)</b>		

	Las desigualdades sobre la salud de las capas más débiles de la sociedad que les está condicionando una menor esperanza de vida
	Hay que adoptar medidas encaminadas a mejorar la vida de los ciudadanos de manera que, en una generación, se consiga la equidad sanitaria.
<b>7ª Conferencia sobre Promoción de la salud global. El llamamiento de Nairobi. Kenia. 2009 (102)</b>	
	La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la Brecha de implementación en promoción de la Salud
	Fortalecer liderazgos y fuerzas de trabajo Situación la promoción de la salud como línea central Empoderar comunidades e individuos Ampliar/Realzar los procesos participativos Construir y aplicar el conocimiento
<b>Declaración política de Rio sobre los Determinantes de la Salud. Brasil. 2011 (103)</b>	
	“Todos por la equidad” y “Salud para todo”. Se insiste en el concepto de equidad sanitaria como vital para el desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos.
	Supuso elevar a compromiso político las conclusiones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de 2008 y se avanza en la reorientación de los servicios de la salud llegando a compromisos concretos
<b>La 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki. Finlandia. 2013 (104)</b>	
	“Salud en Todas las Políticas”. Una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales, aquellas relacionadas con el medio ambiente, con la educación y la investigación.
	Avanzar en la implementación de las recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

## 2.3. La Atención Primaria de la Salud en España

### **2.3.1. Historia de la sanidad española hasta la Constitución de 1978**

En 1908 se crea, por Antonio Maura y promulgado por Alfonso XIII, el Instituto Nacional de Previsión (INP), primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria en España. Este organismo fue configurando todo el desarrollo de la prestación de los servicios públicos en esta materia hasta convertirse en gestor de todos los servicios hasta su desaparición en 1978. En 1919 se establece la preparación de un plan de seguros sociales directamente atribuidos al Instituto Nacional de Previsión (INP), al tiempo que se crea el Seguro de Retiro Obligatorio Obrero (anteriormente en 1908 se creó un seguro voluntario de vejez subvencionado por el estado que pasó a transformarse en el seguro de Retiro Obligatorio Obrero).

El primer intento de sanidad pública surgió durante la República Española cuando, en 1932, el ministro Largo Caballero ordenó una comisión de expertos que elaborara una propuesta de transformación del INP en un Servicio Nacional de Salud, propuesta que llegó a ser debatida en el Parlamento pero, la rebelión militar no permitió alcanzar un acuerdo final e impidió la aprobación de una ley al respecto.

En 1942, el gobierno franquista aprobó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) aunque tardó dos años en implantarlo (1944). La ley del Seguro Obligatorio respondía al modelo Bismark que se desarrollaba en Alemania desde el siglo XIX. El SOE partió con una financiación mixta basada en cuotas, que debían satisfacer trabajadores y empresarios, con las que se daba cobertura a los trabajadores por cuenta ajena y a sus beneficiarios (familia).

En el SOE los profesionales sanitarios se regían a nivel retributivo por el método clásico de las iguales; los médicos cobraban según un cupo definido de «familias», según las «cartillas» que tuvieran adscritas; dichas cartillas eran el documento en el que constaban los beneficiarios, el trabajador y su familia, en un sistema caputivo, atendiendo en un primer momento en su propio domicilio a los pacientes (médico de cabecera), para posteriormente desarrollarse una red de consultorios públicos en los que pasaron a ofrecer sus servicios los médicos generales, en horario de dos horas y media de consulta, más avisos a domicilio (de nueve de la mañana a cinco de la tarde en el medio urbano y las 24 horas en el medio rural) (105).

Adicionalmente, en el medio rural surgen los médicos titulares, que eran funcionarios de carrera del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares, Escala A, dependientes del Ministerio

de Sanidad y Seguridad Social, y eran nombrados por Orden Ministerial, teniendo la misión de presta actividad clínica curativa y preventiva, y en salud pública, ser los responsables de la salud ambiental y de la sanidad local. Estos médicos fueron también incorporados al SOE. Accedían a la plaza mediante una oposición pública de “Titular de Sanidad Nacional” por la que se accedía a un partido médico cerrado con ámbito territorial. Tenían un modelo retributivo mixto: el público, como pago caputivo directamente relacionado con el número de cartillas incluidas en su cupo médico, y el privado basado en las “iguales” que no eran más que el resultado del pacto que el médico conseguía con aquellas familias del municipio que no tenían cobertura del SOE. Fue en este ambiente rural donde perduró más tiempo el sistema de «iguales», como complemento a los bajos sueldos oficiales, primero de forma legal (hasta la incorporación de los trabajadores agrarios al SOE), y luego ilegal (106). La carrera se basaba en la antigüedad como funcionario de cara a la movilidad geográfica que se podía conseguir mediante concursos de traslados.

Las enfermeras trabajaban bien como practicantes o como enfermeras de consultorio. Las primeras recibían un pago por cartilla, con los cupos de varios médicos adscritos, trabajando dos horas en consulta y con avisos a domicilio en horario laboral parecido al médico. Las segundas recibían un pago por salario, estaban adscritas a una consulta con tres médicos que cambiaban cada dos horas y media y trabajaban a tiempo completo auxiliando a los médicos en las labores burocráticas y aplicando algunas técnicas simples. Su trabajo era supervisado por una “enfermera jefe” que ejercía una mínima labor de coordinación.

Los médicos especialistas también eran remunerados por cartillas (pago caputivo), y también trabajaban a tiempo parcial permitiéndose de esta manera la simultaneidad del trabajo en el sector público y privado, y justificándose de esta manera los bajos salarios percibidos. Asimismo, los especialistas tenían un régimen de cuasi-funcionarios, médicos estatutarios. Cada médico general tenía un cuadro de médicos especialistas, quienes ejercían su actividad en instituciones abiertas, llamados ambulatorios, o instituciones cerradas, clínicas propias o contratadas, para el ejercicio de la cirugía de día, por medio de los equipos quirúrgicos, que remitían a los pacientes al hospital si se requería ingreso. El acceso a los especialistas era vía visita previa al médico general, es decir, actuaban como filtro al sistema o gatekeepers con alguna excepción, y si el médico general lo creía conveniente derivaba obligatoriamente a algún especialista de su cuadro médico (107).

El «cupo» del médico general, es decir, el conjunto de población que se integraba en las cartillas que se le adscribían, daba lugar a un sistema piramidal, por medio del cual el pediatra tenía tres cupos (atendía a los menores de 7 años del cupo de tres médicos generales), el cardiólogo tenía seis cupos, y el endocrinólogo 45 cupos. El conjunto de los cupos (la población cubierta) se agrupaba por «sectoriales», para las que existía una estructura mínima de gestión del personal, basada en las figuras del «director médico», la «enfermera jefe» y el «inspector médico».

La incorporación masiva de trabajadores de distintos sectores productivos a dicho seguro se produjo entre 1953 y 1962, con importantes ingresos por cotización lo que permitió la construcción de hospitales públicos “residencias sanitarias” y “ciudades sanitarias” (dependiendo del nivel de especialización), muy bien dotados en lo material y personal, que lograron un enorme prestigio a nivel nacional.

En los años sesenta se dio el proceso de transformación de los diversos seguros sociales en un sistema integrado de Seguridad Social. El 18 de diciembre de 1963 entró en vigor la Ley de Bases de la Seguridad Social. Fue el momento en que se creó el Régimen General de la Seguridad Social gestionado por el Instituto Nacional de Previsión conjuntamente con las Mutualidades Obreras. La LBSS no partía de la nada, sino de lo existente, pretendiendo crear un sistema de Seguridad Social, donde antes solo había un conjunto asistemático de seguros sociales, con objetivo de implantar un modelo unitario e integrado de protección social, gestión pública y participación del Estado en la financiación.

En el sistema sanitario de la Seguridad Social de 1963 coexiste la asistencia sanitaria de la Seguridad Social con la medicina privada y con la beneficencia. Los centros sanitarios se rigen por el derecho público y están sujetos a una dependencia jerárquica centralizada en cuanto a toma de decisiones. Su personal está adscrito en un régimen peculiar laboral (estatutario en vez del funcional), que es posible gracias a que dependen directamente del INP y no de la Administración Pública del Estado. Con el Decreto 3160/1966 el personal estatutario comienza a tener un estatuto jurídico propio.

Los tres planes de desarrollo que se ejecutaron entre 1964 y 1975 dejaron su huella en el sistema sanitario en forma, fundamentalmente, de infraestructuras. Son los años de construcción y puesta en funcionamiento de los grandes hospitales de la Seguridad Social que, lógicamente, se acompañaron de importantes incrementos en el número de

profesionales sanitarios y, también, de notables crecimientos de la cobertura sanitaria, que alcanzó el 81,4 % de la población en 1975 (incluyendo por primera vez a los funcionarios públicos aunque, eso sí, mediante un Régimen Especial de la Seguridad Social) y del gasto sanitario público, que pasó del 1,2% del PIB en 1960, al 3,6% en 1975.

Tras algún intento de mejora sin éxito, la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de 1972 intentó corregir los problemas financieros existentes, si bien, agravó los mismos al incrementar la acción protectora, sin establecer los correspondientes recursos que le dieron cobertura financiera.

A partir de la aprobación de la Ley General de la Seguridad Social en 1974, se homogeneizó el sistema de salud obligatorio para todos los afiliados a la Seguridad Social, vinculando la asistencia sanitaria gratuita a la contribución de cotizaciones por parte de empresas y trabajadores cubriendo también a los descendientes y personas dependientes de los afiliados. Estas restricciones provocaban que existieran grandes grupos de población que se quedaban fuera de los servicios sanitarios en casos de desempleo prolongado, falta de incorporación al mercado laboral o cumplir una edad límite sin haberse emancipado plenamente del núcleo familiar.



### 2.3.2. Implantación de la nueva Atención Primaria de Salud

En 1976 se celebra en Perpiñan el X Congreso de Médicos y biólogos en Lengua Catalana (108,109) que elaboró las primeras recomendaciones para superar el modelo organizativo de la sanidad pública basado en el SOE para evolucionar hacia un Sistema Nacional de Salud que situara a la Atención Primaria como núcleo principal de sistema y que fuera el nexo de unión en las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y las asistenciales. También proponen un nuevo elemento estructural: el Centro de Salud como soporte necesario para el Equipo de Atención Primaria.

El cambio anunciado suponía una profunda transformación en el modelo asistencial ambulatorio al de AP, tanto conceptual como de contenidos y formas de trabajo. Con la APS, la actividad médica superaba el concepto tradicional de la asistencia incorporando la gestión clínica, la docencia, la investigación y la atención grupal, tanto familiar como comunitaria. Incluso la misma asistencia tenía nuevos objetivos, nuevos contenidos, nueva organización y nuevas responsabilidades. Esto lo recoge muy bien Martín Zurro tomando como referente a Hannu Vuöri (110).

<b>Tabla III. Diferencias del modelo asistencial</b>		
	Asistencia ambulatoria	Atención Primaria de Salud
<i>Objetivos</i>		
	<i>De... enfermedad, curación</i>	<i>A... salud, prevención y cuidado</i>
<i>Contenidos</i>		
	<i>De... tratamiento y cuidado ocasional a problemas específicos</i>	<i>A... promoción de la salud y cuidado global y continuo</i>
<i>Organización</i>		
	<i>De... médicos centrados en la práctica individual</i>	<i>A... trabajo en equipos multidisciplinares</i>
<i>Responsabilidad</i>		
	<i>De... sector sanitario aislado centrado en el profesional con usuarios limitados a la recepción pasiva de los cuidados</i>	<i>A... colaboración intersectorial centrada en el paciente con participación comunitaria orientada a la autorresponsabilidad</i>

### Los Pactos de la Moncloa y la Constitución Española de 1978

En 1977, ante la grave crisis social y económica que sufría el país, el gobierno en minoría de UCD (Unión de Centro Democrático) surgido de las elecciones generales de ese mismo año, convoca a las principales fuerzas políticas representadas en el Parlamento para

alcanzar un acuerdo político y económico cuyo resultado fueron Los Pactos de la Moncloa (111).

La Seguridad Social pasa a depender del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Además el INP, que se encargaba de la gestión de las prestaciones económicas, sanitarias y sociales de los seguros de enfermedad en España, desaparece dando paso a cuatro organismos:

- Instituto nacional de la seguridad social (INSS), encargado de gestionar y administrar las prestaciones de índole económica de la SS.
- Instituto nacional de servicios sociales (INSERSO), responsable de dirigir los servicios sociales de tipo complementario y gestionar las pensiones de invalidez y jubilación no contributivas.
- Instituto nacional de la salud (INSALUD), se encarga de gestionar y administrar los servicios sanitarios de la Seguridad Social.
- Tesorería Única la Seguridad Social.

La Constitución de 1978 introdujo dos artículos de gran trascendencia, el Art 43, que reconoce el derecho a la protección de la salud y las competencias públicas que se atribuyen a esta protección, y el artículo 41 que reconoce textualmente: “los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garanticen la existencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidades sobre todo en caso de desempleo”. Los artículos 41 y 43, suponen el principio de la universalización de la asistencia sanitaria. Junto a ellos, La Constitución introduce un elemento nuevo de gran trascendencia en sanidad; en su Título VIII “De la organización Territorial del Estado” declara, en su Art. 148, que las Comunidades Autónomas pueden asumir las competencias en materia de sanidad.

En ese año también se pactó la ordenación territorial sanitaria (112) mediante las normas de confección del mapa sanitario. Esto dio sus frutos dos años más tarde con la publicación del primer mapa sanitario (Cataluña 1980) seguido del de Euskadi (1982) (113)

Pero si la Constitución fue el detonante, faltaba unir las piezas, faltaban dos condiciones necesarias para producir el cambio: la estabilidad democrática y la voluntad política. Desde 1978 hasta las primeras elecciones democráticas postconstitucionales de 1982, España sufrió un periodo de incertidumbre en el que estuvo en juego la propia esencia

democrática; las fuerzas reaccionarias del régimen anterior se esforzaron para regresar a la situación preconstitucional y las reformas sanitarias se mantuvieron sólo en el debate entre un sistema sanitario privatizado como proponía UCD o un servicio público nacional de salud como propugnaba la izquierda (114)

Una vez aprobada la Constitución, una de las discusiones políticas de mayor trascendencia fue el modelo sanitario en el que se debía desarrollar la prestación de los servicios sanitarios públicos. En esa época, si bien había un consenso importante sobre la necesidad de construir un nuevo sistema sanitario, las discrepancias políticas sobre el mismo estaban a la orden del día. Estas se situaban en tres grandes áreas: conceptuales (sistema o servicio nacional de salud), ideológicas y estratégicas (Martín Zurro A, 1989). En síntesis se discutían dos grandes opciones: la del sistema de mutuas (provisión privada) o la de la provisión pública con recursos humanos propios del sistema sanitario. El resultado electoral de 1982, con la llegada al poder del Partido Socialista Español (PSOE), despejó la incógnita.

### **2.3.3. Perfil profesional: la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria**

Tras de la Segunda Guerra Mundial, el acceso a la práctica de la medicina general en EEUU consistía en cuatro años de la escuela de medicina seguidos de una pasantía de un año. Frente a esto, las especialidades médicas sufrieron un gran proceso de desarrollo, generando más especialidades y subespecialidades, que les procuró un, cada vez mayor, prestigio social en detrimento de la medicina general (115).

Uno de los efectos de ese desprestigio fue la escasez de profesionales en la medicina general, al punto de que, por ejemplo, tan solo el 19% de los graduados en 1964 optaron por ella. Así, la American Board of Family Practice (en la actualidad American Board of Family Medicine) en 1965 recoge la preocupación y el American Medical Association Council on Medical Education encarga dos informes que fueron los precursores de la especialidad, el informe Millis (116) y el Willard (117). Ellos dieron forma a la disciplina aportando algo importante, reflejan una apertura conceptual acerca de la flexibilidad en la formación (118). Con estos antecedentes se proclamó una nueva especialidad llamado "Family Practice"<sup>13</sup> para cumplir la función generalista en la medicina que contempla las características formativas propias de cualquier especialidad médica, con un programa formativo propio y una obligatoria certificación de la competencia profesional tras una residencia formativa con rotaciones por diferentes servicios hospitalarios durante tres años y una examen cognitivo escrito(119). Por entonces se crea también la RRC for Family Practice como agencia de acreditación (120) que define la organización y los contenidos docentes.

En España, los médicos heredados del SOE (zona y rurales) se ubicaban en la red de ambulatorios de la Seguridad Social a los que también se unían los puntos de atención de urgencias que se ubicaban en centros específicos de las grandes urbes. La comunicación con otros facultativos era nula y con el medio hospitalario se limitaba a un escueto formulario, impreso a modo de octavilla, conocido como P10 y que todavía permanece en las consultas médicas. La formación continuada del médico no existía y el único de control de la actividad médica estaba ejercido por inspectores sanitarios sin estructura

---

<sup>13</sup> ABFM. <https://www.theabfm.org/about/history.aspx>

capaz de aplicar una evaluación sistemática y, por lo tanto, sin ejercer mecanismos eficientes de gestión sanitaria.

En 1978, el gobierno de Unión de Centro Democrático (UCD) adaptó en España la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (121), con el objetivo de obtener un médico para la Atención Primaria capaz de integrar las aportaciones de las ciencias biomédicas con las sociales en un modelo de atención biopsicosocial y que practique una atención médica integrada a los miembros de una comunidad. Para poder conseguir este perfil de profesional, el ámbito de conocimientos de la medicina de familia es muy amplio e incluye prácticamente todas las áreas médicas y quirúrgicas, de psiquiatría y de gestión sanitaria, siendo la capacidad de intervención sobre los problemas de salud, sólo limitada por los propios conocimientos y aptitudes del profesional y por las limitaciones estructurales y de medios técnicos de que se disponga.

Con una función similar a la RRC americana, también en 1978 se crea en España, por Real Decreto (RD 2015/1978<sup>14</sup>), la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (CNEMFC) como órgano consultivo del Ministerio de Sanidad. Unos meses más tarde, el RD 3303/1978 desarrolla el decreto anterior y dispone: “el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad”

Como especialidad MIR fue ofertada en España por primera vez en 1979 con cerca de 500 plazas (con la protesta de la CNEMFC que quería un 15% menos (122)) aunque el primer programa docente apareció en 1983.

El mismo RD 3303/78 dejó, no obstante, una polémica vía de especialización alternativa al MIR para los médicos que acreditasen cinco años de ejercicio, en propiedad o interinos, en puestos de "asistencia primaria" dependientes de cualquier administración pública o de entidades gestoras de la Seguridad Social. Estos facultativos podrían obtener el título de médico de familia, previo cursillo de perfeccionamiento, en la forma que la Comisión

---

<sup>14</sup> Este RD fue modificado cinco años más tarde para ajustarlo a la España autonómica y a la normativa de Unión Europea. En él se dejó la "puerta abierta" en la Disposición Transitoria Cuarta para desarrollos posteriores que permitiesen el acceso a la titulación de especialistas, a través de una vía especial, a concretos colectivos que históricamente no habían accedido a titulaciones especializadas: Ayudantes, Doctores y Profesores de Facultades, y que significó la elaboración de la Orden Ministerial de 30 de Diciembre de 1986. , de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista

Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y el Ministerio de Educación y Ciencia determinasen. Así, estableció en su disposición transitoria que “se respetan los derechos adquiridos a los facultativos que en la actualidad desempeñen plazas de "asistencia primaria", dependientes de cualquier administración pública y entidades gestoras de la seguridad social, tanto en el medio urbano como en el rural”.

### **2.3.4. Bases de la Atención Primaria en España**

España pretende dar un gran salto conceptual y organizativo desde la asistencia sanitaria primaria a la denominada Atención Primaria de Salud (APS) planteando una reforma sanitaria basada en tres pilares fundamentales: un marco estructural (el modelo de Alma-Ata), un modelo de atención (el modelo biopsicosocial de Engel) y un perfil profesional (la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria).

Dos leyes marcan el cuadro referencial de los inicios: el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud de 1984 y la Ley General de Sanidad de 1986

#### **2.3.4.1. Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud de 1984**

En 1984 se publicó el RD 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud que supuso la implantación del modelo de Atención Primaria basado en la provisión pública, en la introducción del trabajo multidisciplinar (Equipo de Atención Primaria - EAP-) con una estructura física común (Centro de Salud), integrando las actividades curativas con las de promoción y prevención, y fijando la figura del Coordinador de Equipo con nivel 26. No obstante, se mantuvo el sistema de provisión privada para ciertos colectivos como los funcionarios de la administración central del Estado, los profesores de la educación pública y otros como miembros de fuerzas armadas o funcionarios de la administración de justicia. Este Real Decreto mantuvo ciertos elementos característicos del modelo anterior:

1. El pago capitolativo por “cartillas” que, aunque posteriormente se cambió por un pago por salario, más tarde se volvió a recuperar en parte al punto que en la actualidad supone cerca del 15% de salario.
2. La distribución en cupos sanitarios de la población con un médico propio y una distribución geográfica: la zona básica de salud (ZBS)
3. La puerta de entrada y acceso al sistema sanitario a través del médico general.
4. Un cuadro de especialistas obligatorio a la hora de la derivación de los pacientes al segundo nivel asistencial (más tarde cambió a la libre elección de especialista dentro del Área Sanitaria).

5. La ausencia de copagos salvo el farmacéutico a los trabajadores activos y sus familiares.
6. Un modelo asistencial y organizativo único en todo el Estado.
7. La integración de provisión, gestión y financiación de los servicios sanitarios en una sola institución otorgando a estas funciones un carácter público.

Bajo estas premisas, el nuevo modelo de Atención Primaria estableció unas bases estructurales mejor preparadas para afrontar los retos y las propuestas de Alma-Ata, al menos en la mejora en la resolución de problemas de salud. La reforma tuvo tal impacto, incluso a nivel mundial, que la OMS eligió a nuestro país para conmemorar el XXV Aniversario de la Declaración de Alma-Ata por considerar que España(123) ha sido uno de los países que mejor ha sabido adaptar los principios de dicha Declaración a su entorno. No obstante, el desarrollo del modelo de esta reforma de 1984 ha sufrido una serie de dificultades entre las que destacan la insuficiencia presupuestaria, la falta de apoyo político, la implantación de las Comunidades Autónomas con las transferencias en materia sanitaria, la falta de modelos de referencia en la práctica médica con la subsiguiente transcripción del biomédico en vez del biopsicosocial y su trascendencia en la formación de residentes MIR o el asignar a las Áreas sanitarias la gestión del sistema en vez de situarlo a nivel de zona básica, esto es, en los propios Equipos de Atención Primaria perpetuando la política y gestión hospitalocentrista.

#### **2.3.4.2. Ley General de Sanidad de 1986**

Como consecuencia y dando respuesta al mandato de nuestra Carta Constitucional en materia de salud pública, en el año 1986 se aprueba la Ley 14/1986 General de Sanidad(2).

Hasta su promulgación el sistema sanitario español mantuvo una estructura fragmentada basada en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. Las Administraciones públicas (Estado, Diputaciones y Ayuntamientos) se ocupaban de los aspectos de la salud pública y de la salud mental, y el individuo debía



responsabilizarse de la atención a su enfermedad. La beneficencia, con aportaciones económicas públicas o privadas, se encargaba de la población sin recursos. Con la LGS se amplían e integran las funciones de la protección sanitaria del sistema sanitario; mientras que el SOE sólo tenía una finalidad curativa a sus asegurados, el recién creado Sistema Nacional de Salud establece un nuevo paradigma en la protección: el modelo Beveridge en el que la financiación proviene de los impuestos generales, la cobertura tiende a la universalización a todos los ciudadanos y la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación se integran en el mismo proceso asistencial.

Consecuencia directa del modelo organizativo del SNS estructurado en competencias autonómicas, la LGS crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), constituido por primera vez en 1987 como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado, a quien se le encomiendan las funciones de información y comunicación entre todas las administraciones y de coordinar los aspectos fundamentales de la sanidad. En este marco, el Sistema Nacional de Salud, aun siendo sus competencias descentralizadas, debe funcionar de una manera armónica y cohesionada, para garantizar que el acceso y las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos se realicen en condiciones de igualdad efectiva y que la política de salud esté orientada a la superación de desequilibrios territoriales y sociales.

No cabe duda que la LGS estructuró el Sistema Nacional de Salud y es el referente de mismo. Pero dejó demasiadas inconcreciones en muchas materias que ayudan a explicar los problemas posteriores que ha marcado el desarrollo del sistema (124)<sup>15</sup>:

1. Financiación. La financiación del SNS estable un modelo de migración del sistema de cotizaciones a otro no contributivo basado en los impuestos generales del Estado, pero sin derogar el resto de ingresos, sino que el legislador añadió en el artículo 69 un nuevo apartado e) que coexiste con los apartados a) Cotizaciones sociales y c) de Seguridad Social.

---

<sup>15</sup> Los contenidos de este apartado han sido tomados fundamentalmente del artículo de Juan José Criado Álvarez, José Ramón Repullo Labrador y Ángel García Millán que se referencia en la bibliografía

2. Gratuidad universal o la introducción del copago. En su Exposición de Motivos reconoce: *“...el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España”*. Pero no figura en ningún artículo que la asistencia sea gratuita. La LGS no legisló la gratuidad de la prestación sanitaria.
3. Colaboración público/privada. La LGS nunca desdeñó la financiación privada (Art. 79c) por las tasas (hoy llamadas cuotas) de prestación de determinados servicios. Además, estableció en sus artículos 69, 89-94 la configuración y características de los establecimientos sanitarios. El Art. 69.1 favorecía la autonomía de los centros y los Conciertos (Art. 90) y los Convenios singulares de vinculación (Art. 67). La LGS reconoció en todo momento el papel de la iniciativa privada, como un derecho recogido en los Art. 35-36 de la Constitución (Art. 88). También se reconoce la posibilidad de vincularse al SNS (Art. 66, 93), así como los controles a los que serán sometidos (Art. 94).
4. Universalización y derecho a la asistencia: El Art. 43.1 de la Constitución Española reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, y que serán los poderes públicos los encargados de *“organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”* (Art. 43.2), pero no recoge el principio de igualdad ante la ley de los ciudadanos (mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado). Es cierto que en su Art. 3.2 dice que *“El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”*, sin embargo antes dice *“La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española”*. La nacionalidad española o la residencia legal en el caso de extranjeros no es una condición suficiente para tener derecho a la asistencia, debiendo además estar dado de alta en la Seguridad Social o alguno de sus regímenes.
5. Organización del SNS: Los artículos 44 y 45 de la LGS establecen cómo se organiza el SNS y que serán las comunidades las que deberán organizar sus Servicios de Salud (Art. 49). Se señalan las funciones de estos servicios de salud, pero no cómo se organizarán.
6. La APS no es el núcleo principal del SNS. En su Art. 56.2 define a las Áreas Sanitarias como las estructuras fundamentales, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos y de las prestaciones

sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Además, en su Art. 59.1 otorga al Consejo de Dirección del Área de Salud la formulación de las directrices en política de salud y el control de la gestión.

7. Participación comunitaria: La LGS en su Art. 53 favorecía la participación ciudadana en los Consejos de Salud y su Art. 5 mencionaba la “participación comunitaria” pero a través de las “*corporaciones territoriales correspondientes*”, esto significa que no es una democracia directa, sino una delegación de funciones de los ciudadanos en sus representantes “territoriales”.
8. La Salud Pública como prestación sanitaria: La LGS en su concepción integradora de la salud incluyó a la prevención y promoción de la salud entre sus principios (Art. 3.1). Sin embargo, los artículos dedicados a la misma son escasos (Art. 8 y 19), fijándose prioritariamente en asuntos epidemiológicos y de higiene. La preferencia de la LGS no era la Salud Pública, sino la estructuración de las bases del SNS, su dimensión asistencial como tutela de la salud de los individuos y no tanto de la colectividad (124).

### **2.3.5. El desarrollo de la Atención Primaria de Salud**

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el resultado de diferentes cambios e impulsos normativos. Estos sucesivos cambios han consolidado un modelo de SNS procedente de un seguro social sanitario, con la particularidad española de una total descentralización autonómica<sup>16</sup>.

En 1989 se universaliza el derecho a la asistencia sanitaria pública y el INSALUD<sup>17</sup> implanta dos medidas importantes: por una parte la puesta en marcha del CIAS (Código de Identificación Autonómica Sanitaria) y de la TSI (Tarjeta Sanitaria Individual) y, por otra extiende a los Centros de Salud el SICAP (Sistema de informatización de los Centros de Atención Primaria)

La Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, nació con una señalada vocación de ordenar el sistema sanitario público en la Región de Murcia dotándolo de la adecuada organización de los servicios de salud existentes, todo ello, en el ejercicio de las competencias que el Estatuto de Autonomía de nuestra región establece en el artículo 11 .f) en materias de sanidad e higiene, mediante la creación de un organismo autónomo con competencias de gestión de servicios de salud y atención a la enfermedad.

Apenas un año más tarde nace la Cartera de Servicios de Atención Primaria, iniciándose en Atención Primaria un modelo de Gestión descentralizada y por objetivos. Esto, unido a los cambios y necesidades de la población obligó a que, en 1992, fuera necesario habilitar nueva Unidades Administrativas en los centros de Atención Primaria con más personal que requería mayor especialización para poder incorporar al EAP las primeras actividades de descentralización de la gestión. Así, en 1993, se firmaron entre el INSALUD y las Gerencias de Área de Atención Primaria los primeros Contratos Programas que, a su vez, dieron lugar a otros contratos pactados entre las Áreas y sus EAPs. Con los contratos, se instaura por primera un sistema de Incentivación a los

---

<sup>16</sup> Pemán Gavín JM. La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: Cuestiones abiertas y retos pendientes. En: Pemán Gavín JM. Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2005 .p. 43-121

<sup>17</sup> Agradezco al Dr. Esteban Granero sus aportaciones en este apartado de la Tesis

profesionales en Atención Primaria en función del cumplimiento de los objetivos pactados.

LEY 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. La ley supone una nueva estructuración del sistema sanitario de la Región de Murcia, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y la segunda al Servicio Murciano de Salud, como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios sanitarios públicos que integra.

Ese mismo año, se constató la quiebra técnica de la Seguridad Social, arrastrada fundamentalmente por el gasto sanitario, la insuficiencia material de recursos y carencias de las infraestructuras sanitarias. No obstante, el proceso descentralizador no se interrumpió, sino que dio un paso más con la Asignación Presupuestaria a las Áreas de Atención Primaria que prorratan a los EAPs.

En 1995 se firmó El Pacto de Toledo con el apoyo de todas las fuerzas políticas y sociales y se consagró definitivamente la financiación de la Sanidad a cargo de los impuestos, en un modelo (como el inglés) que se plantea la universalización de las prestaciones en un ámbito de equidad.

Con la problemática de la quiebra técnica de la seguridad social, en los propios Pactos de Toledo, se eliminó el vínculo financiero que existía entre la Seguridad Social y el sistema público de salud. Actualmente la sanidad pública no depende ni a nivel jurídico ni a nivel económico de la Seguridad Social.

En ese mismo año, la implantación de los Equipos de Atención Primaria llegó a cubrir al 75% de la población (123) de manera que médicos con formación generalista y especialistas en medicina familiar y comunitaria compartían una misma función en los nuevos centros de salud, con nuevas instalaciones y mejor dotados en recursos humanos, técnicos y asistenciales. La jornada laboral de todos ellos ocupaba ocho horas diarias.

En 1997 se introduce un nuevo hito en la evaluación de la actividad asistencial en Atención Primaria, se empieza a evaluar la calidad de la atención en patologías agudas en el Niño y en el Adulto. El problema de la falta de coordinación asistencial entre niveles de sistema sanitario empieza a ser acuciante y se crean las primeras Comisiones Parietarias de Área para la coordinación asistencial. Este problema sigue sin estar resuelto

en la actualidad y ha sido la principal excusa para el principio del fin de la descentralización de Primaria con la creación de las Gerencias Únicas como se comentará más adelante.

En los últimos años del INSALUD, con muchas Comunidades Autónomas transferidas y con el resto de transferencias ya programado, descendió mucho la actividad normativa, los Contratos-Programa pasaron a ser Contratos de Gestión de Atención Primaria (1999) y tan solo cabe recoger como hito importante el inicio de OMIAP (2000) una aplicación informática pensada por y desde Atención Primaria que ha permitido el desarrollo de la Historia Clínica Informática aunque con muchos errores en el cómo se ha gestionado su implantación y desarrollo en las diferentes autonomías, los problemas de incorporación en la cultura profesional, la no vinculación con sistemas informáticos hospitalarios o la falta de previsión para la inclusión de los datos socio-sanitarios de los pacientes.

#### **2.3.5.1. Del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a los servicios de salud autonómicos.**

En los primeros años de la década de los 80, España pretende dar un gran salto conceptual y organizativo desde la asistencia sanitaria primaria a la denominada Atención Primaria de Salud (APS) planteando una reforma sanitaria basada en tres pilares fundamentales: un marco estructural (el modelo de Alma-Ata), un modelo de atención (el modelo biopsicosocial de Engel) y un perfil profesional (la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria).

##### 2.3.5.1.1. Desarrollo legislativo y acuerdos

Los 23 años (1978-2001) que abarca este periodo han sido prolíficos en legislación y acciones que han ido conformando el marco sobre el que se ha desarrollado la APS en España

Dos leyes marcan el cuadro referencial de los inicios: el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud de 1984 y la Ley General de Sanidad de 1986

##### a) Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud de 1984

En 1984 se publicó el RD 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud (1) que supuso la implantación del modelo de Atención

Primaria basado en la provisión pública, en la introducción del trabajo multidisciplinar (Equipo de Atención Primaria -EAP-) con una estructura física común (Centro de Salud), integrando las actividades curativas con las de promoción y prevención, y fijando la figura del Coordinador de Equipo con nivel 26. No obstante, se mantuvo el sistema de provisión privada para ciertos colectivos como los funcionarios de la administración central del Estado, los profesores de la educación pública y otros como miembros de fuerzas armadas o funcionarios de la administración de justicia. Este Real Decreto mantuvo ciertos elementos característicos del modelo anterior:

- a. El pago capitolativo por “cartillas” que, aunque posteriormente se cambió por un pago por salario, más tarde se volvió a recuperar en parte al punto que en la actualidad supone cerca del 15% de salario.
- b. La distribución en cupos sanitarios de la población con un médico propio y una distribución geográfica: la zona básica de salud (ZBS)
- c. La puerta de entrada y acceso al sistema sanitario a través del médico general.
- d. Un cuadro de especialistas obligatorio a la hora de la derivación de los pacientes al segundo nivel asistencial (más tarde cambió a la libre elección de especialista dentro del Área Sanitaria).
- e. La ausencia de copagos salvo el farmacéutico a los trabajadores activos y sus familiares.
- f. Un modelo asistencial y organizativo único en todo el Estado.
- g. La integración de provisión, gestión y financiación de los servicios sanitarios en una sola institución otorgando a estas funciones un carácter público.

Bajo estas premisas, el nuevo modelo de Atención Primaria estableció unas bases estructurales mejor preparadas para afrontar los retos y las propuestas de Alma-Ata, al menos en la mejora en la

resolución de problemas de salud. La reforma tuvo tal impacto, incluso a nivel mundial, que la OMS eligió a nuestro país para conmemorar el XXV Aniversario de la Declaración de Alma-Ata por considerar que España(123) ha sido uno de los países que mejor ha sabido adaptar los principios de dicha Declaración a su entorno. No obstante, el desarrollo del modelo de esta reforma de 1984 ha sufrido una serie de dificultades entre las que destacan la insuficiencia presupuestaria, la falta de apoyo político, la implantación de las Comunidades Autónomas con las transferencias en materia sanitaria, la falta de modelos de referencia en la práctica médica con la subsiguiente transcripción del biomédico en vez del biopsicosocial y su trascendencia en la formación de residentes MIR o el asignar a las Áreas sanitarias la gestión del sistema en vez de situarlo a nivel de zona básica, esto es, en los propios Equipos de Atención Primaria perpetuando la política y gestión hospitalocentrista.

#### b) Ley General de Sanidad de 1986

Como consecuencia y dando respuesta al mandato de nuestra Carta Constitucional en materia de salud pública, en el año 1986 se aprueba la Ley 14/1986 General de Sanidad (2).

Hasta su promulgación el sistema sanitario español mantuvo una estructura fragmentada basada en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944. Las Administraciones públicas (Estado, Diputaciones y Ayuntamientos) se ocupaban de los aspectos de la salud pública y de la salud mental, y el individuo debía responsabilizarse de la atención a su enfermedad. La beneficencia, con aportaciones económicas públicas o privadas, se encargaba de la población sin recursos. Con la LGS se amplían e integran las funciones de la protección sanitaria del sistema sanitario; mientras que el SOE sólo tenía una finalidad curativa a sus asegurados, el recién creado Sistema Nacional de Salud establece un nuevo



paradigma en la protección: el modelo Beveridge en el que la financiación proviene de los impuestos generales, la cobertura tiende a la universalización a todos los ciudadanos y la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación se integran en el mismo proceso asistencial.

Consecuencia directa del modelo organizativo del SNS estructurado en competencias autonómicas, la LGS crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), constituido por primera vez en 1987 como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado, a quien se le encomiendan las funciones de información y comunicación entre todas las administraciones y de coordinar los aspectos fundamentales de la sanidad. En este marco, el Sistema Nacional de Salud, aun siendo sus competencias descentralizadas, debe funcionar de una manera armónica y cohesionada, para garantizar que el acceso y las prestaciones sanitarias para todos los ciudadanos se realicen en condiciones de igualdad efectiva y que la política de salud esté orientada a la superación de desequilibrios territoriales y sociales.

No cabe duda que la LGS estructuró el Sistema Nacional de Salud y es el referente de mismo. Pero dejó demasiadas inconcreciones en muchas materias que ayudan a explicar los problemas posteriores que ha marcado el desarrollo del sistema (124)<sup>18</sup>:

- a. Financiación. La financiación del SNS estable un modelo de migración del sistema de cotizaciones a otro no contributivo basado en los impuestos generales del Estado, pero sin derogar el resto de ingresos, sino que el legislador añadió en el artículo 69 un nuevo apartado e) que coexiste con los apartados a) Cotizaciones sociales y c) de Seguridad Social.

---

<sup>18</sup> Los contenidos de este apartado han sido tomados fundamentalmente del artículo de Juan José Criado Álvarez, José Ramón Repullo Labrador y Ángel García Millán que se referencia en la bibliografía

- b. Gratuidad universal o la introducción del copago. En su Exposición de Motivos reconoce: “...*el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España*”. Pero no figura en ningún artículo que la asistencia sea gratuita. La LGS no legisló la gratuidad de la prestación sanitaria.
- c. Colaboración público/privada. La LGS nunca desdeñó la financiación privada (Art. 79c) por las tasas (hoy llamadas cuotas) de prestación de determinados servicios. Además, estableció en sus artículos 69, 89-94 la configuración y características de los establecimientos sanitarios. El Art. 69.1 favorecía la autonomía de los centros y los Concierdos (Art. 90) y los Convenios singulares de vinculación (Art. 67). La LGS reconoció en todo momento el papel de la iniciativa privada, como un derecho recogido en los Art. 35-36 de la CE (Art. 88). También se reconoce la posibilidad de vincularse al SNS (Art. 66, 93), así como los controles a los que serán sometidos (Art. 94).
- d. Universalización y derecho a la asistencia: El Art. 43.1 de la CE reconoce “el derecho a la protección de la salud”, y que serán los poderes públicos los encargados de “*organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*” (Art. 43.2), pero no recoge el principio de igualdad ante la ley de los ciudadanos (mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado). Es cierto que en su Art. 3.2 dice que “*El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva*”, sin embargo antes dice “*La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española*”. La nacionalidad española o la residencia legal en el caso de extranjeros no es una condición suficiente para tener derecho a la asistencia, debiendo además estar dado de alta en la Seguridad Social o alguno de sus regímenes.

- e. Organización del SNS: Los artículos 44 y 45 de la LGS establecen cómo se organiza el SNS y que serán las comunidades las que deberán organizar sus Servicios de Salud (Art. 49). Se señalan las funciones de estos servicios de salud, pero no cómo se organizarán.
- f. La APS no es el núcleo principal del SNS. En su Art. 56.2 define a las Áreas Sanitarias como las estructuras fundamentales, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Además, en su Art. 59.1 otorga al Consejo de Dirección del Área de Salud la formulación de las directrices en política de salud y el control de la gestión.
- g. Participación comunitaria: La LGS en su Art. 53 favorecía la participación ciudadana en los Consejos de Salud y su Art. 5 mencionaba la “participación comunitaria” pero a través de las “*corporaciones territoriales correspondientes*”, esto significa que no es una democracia directa, sino una delegación de funciones de los ciudadanos en sus representantes “territoriales”.
- h. La Salud Pública como prestación sanitaria: La LGS en su concepción integradora de la salud incluyó a la prevención y promoción de la salud entre sus principios (Art. 3.1). Sin embargo, los artículos dedicados a la misma son escasos (Art. 8 y 19), fijándose prioritariamente en asuntos epidemiológicos y de higiene. La preferencia de la LGS no era la Salud Pública, sino la estructuración de las bases del SNS, su dimensión asistencial como tutela de la salud de los individuos y no tanto de la colectividad(124)

c) Informe Abril Martorell.

En 1991, consecuencia de una Proposición no de Ley, presentada en el Parlamento el año anterior, por la que se “insta al Gobierno a

la constitución de una Comisión para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro”, se presenta el informe Abril Martorell (125). Dentro de sus propuestas cabe destacar: 1) Separar las competencias de financiación y "compra" de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión; 2) El sector privado que vinculase su actividad a las reglas de juego podría competir con seguridad jurídica con la pública, promoviendo una competencia leal que estimule la eficiencia en los proveedores públicos; 3) Flexibilización en el régimen de personal mediante un cambio gradual en función de los profesionales de nuevo ingreso; 4) Utilización de nuevas técnicas de gestión empresarial con agilización de trámites, definición de responsabilidades y delegación de autoridad; 5) Facturación informativa de todos y cada uno de los actos de asistencia médica; y 6) Separación de la atención social y la asistencia sanitaria incluyendo la imputación de costes.

d) Real Decreto sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud de 1995 (126)

Recoge las prestaciones en materia sanitaria y da amparo legal a la cartera de servicios que empezó cuatro años antes.

e) Ley sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del SNS de 1997 (127)

No excluye ninguna forma jurídica concreta para la gestión de centros sanitarios, siempre y cuando tengan naturaleza o titularidad pública y mantengan el carácter de servicio público de la asistencia. En el apartado 1 del único artículo de la Ley 15/1997 se establece que: “...la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención

*sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente, o indirectamente, a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública permitidas en Derecho”. Para ser más explícito, en su apartado 2 aclara: “La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad”.*

#### f) Ley de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia

Ese mismo año también aparece otra ley importante, la LEY 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia(128). por la que se regulan los partidos farmacéuticos y las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, en las que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, deberá prestar una serie de servicios básicos a la población entre los que destacan : la información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes, la colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos (a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de farmacovigilancia), la colaboración en los programas que promuevan las administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general (promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria) y la colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Consecuencia de la quiebra técnica de la Seguridad Social, arrastrada fundamentalmente por el gasto sanitario, la insuficiencia material de recursos y las carencias de las infraestructuras sanitarias, en 1995 se firmó El Pacto de Toledo (129) con el apoyo de todas las fuerzas políticas y sociales, consagrando definitivamente la financiación de la Sanidad a cargo de los impuestos, en un modelo Beveridge. Con la problemática de la quiebra técnica de la seguridad social, en los propios Pactos de Toledo, se eliminó el vínculo financiero que existía entre la Seguridad Social y el sistema público de salud. Actualmente la sanidad pública no depende ni a nivel jurídico ni a nivel económico de la Seguridad Social.

El Real Decreto 840/2002 (130), modifica y desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, y considera imprescindible la adaptación del INSALUD en una entidad de menor dimensión, conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

#### 2.3.5.2. Acciones en política y gestión sanitaria

En 1989 se universaliza el derecho a la asistencia sanitaria pública y el INSALUD implanta dos medidas importantes: por una parte la puesta en marcha del CIAS (Código de Identificación Autonómica Sanitaria) y de la TSI (Tarjeta Sanitaria Individual) y, por otra extiende a los Centros de Salud el SICAP (Sistema de informatización de los Centros de Atención Primaria)

##### 2.3.5.2.1. Cobertura del SNS

Por motivos económicos, el aumento de cobertura a la población se planteó bajo un proceso gradual dependiendo del nivel de riqueza del país. Así, la misma Ley General de Sanidad contempla:

*“Hasta tanto los sistemas públicos de cobertura sanitaria no queden integrados en el sistema nacional de salud, el gobierno en el plazo de dieciocho meses contados a partir de la publicación de la presente ley, procederá a la armonización y refundieron de:*

- 1. La asistencia sanitaria del sistema de seguridad social, en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo a que se refiere el Artículo 20.1.a) de la ley general de la seguridad social de 30 de mayo de 1974, y disposiciones concordantes, tanto del régimen general como de los regímenes especiales, incluidos los regulados por leyes específicas: agrario, trabajadores del mar y funcionarios civiles del estado y al servicio de la administración de justicia y los miembros de las fuerzas armadas a que se refiere el Artículo 195 de la ley 85/1978, de 28 de diciembre.*
- 2. La asistencia medico farmacéutica a los funcionarios y empleados de la administración local.*
- 3. La asistencia sanitaria de la sanidad nacional a que se refiere la ley de 25 de noviembre de 1944; el Artículo segundo, apartado uno; disposición final quinta, apartado dos, del decreto-ley 13/1972, de 29 de diciembre, y disposiciones concordantes, incluida la asistencia psiquiátrica, de enfermedades transmisibles y la correspondiente a la beneficencia general del estado.*
- 4. La asistencia sanitaria general y benéfica de las diputaciones provinciales y ayuntamientos a que se refieren las bases 23 y 24 de la ley de 25 de noviembre de 1944, la ley de régimen local y disposiciones concordantes.*

5. *La asistencia sanitaria a los internos penitenciarios a que se refieren los artículos 3. y 4. de la ley 1/1979, de 26 de septiembre, y disposiciones concordantes.*

6. *La asistencia sanitaria a mutilados civiles y militares como consecuencia de acciones de guerra o defensa del orden público y la seguridad ciudadana”.*

Para poder valorar el impacto del aumento de la población protegida sobre el sistema sanitario, voy a analizar los incrementos de la población española, los porcentajes de cobertura de la Seguridad Social y los aumentos de la población protegida.

a) Incremento de la población española

La población española ha experimentado un incremento superior a 5 millones de habitantes en el periodo INSALUD. Mientras que en 1975, año que determina el fin del régimen franquista con la muerte del dictador, España contaba con 36.012.682 habitantes empadronados, 1986, año de la Ley General de Sanidad, ascendía a 38.473.418; diez años más tarde, en 1996, ya llegaba a 39.669.394. La progresión del aumento poblacional se mantuvo durante todo el periodo, lo que supuso, al final del mismo, un incremento del 14,17%. (Tabla IV)

<b>Tabla IV. Evolución de la Población Empadronada en España</b>		
<b>Año</b>	<b>España</b>	<b>Murcia</b>
1.975	36.012.682	881.340
1.981	37.742.561	955.487*
1.986	38.473.418	1.006.788
1.991	39.433.942	1.045.601*
1.996	39.669.394	1.097.249
2.001	41.116.842	1.149.328
<i>Fuente INE Padrón Municipal de habitantes salvo *Censo</i>		



Este comportamiento ha sido porcentualmente más intenso en la Región de Murcia, que se ha incrementado en un 30,41% % en el mismo periodo, alcanzando la cifra de 1.149.328 habitantes empadronados.

**b) Incremento de la población protegida**

No sólo aumentó la población, sino que también se incrementó el porcentaje de cobertura de la Seguridad social, así mientras que en 1978, año de la proclamación de la Constitución Española, la Seguridad Social protegía al 81,6% de la población, esto es, a 30.047.538 personas, en 1986, con la Ley General de Sanidad, llegó al 96,01% por lo que alcanzó a 36.972.955 personas. Desde el 1991 se ha alcanzado el porcentaje de cobertura del 99,8% por lo que la población protegida en aquel año llega a las 39.355.074 personas. Desde entonces se mantuvieron los porcentajes de cobertura, pero como continuaron los incrementos de la población, la cobertura del SNS en 2001 se situó en 41.034.608. Esto supone que, en el periodo INSALUD el SNS tuvo un incremento de población atendida del 39,98% a nivel nacional y del 65,98% a nivel regional (Tabla V)

AÑO	Población		% cobertura	Personas Protegidas	
	España	R. de Murcia		España	R. de Murcia
1975	36.012.682	881.340	81.4	29.314.323	717.411
1978	36.750.903*	915.553*	81.76	30.047.538	748.556*
1981	37.682.355	955.487	-----		
1986	38.473.418	1.006.788	96.1	36.972.955	967.523
1991	39.433.942	1.059.612	99.8	39.355.074	1.043.510
1996	39.669.392	1.097.249	99.8	39.590.053	1.095.055
2001	41.116.842	1.190.378	99,8	41.034.608	1.187.997
Elaboración propia a partir de datos INE y MSC. *dato estimativo					

2.3.5.2.2. Cartera de servicios.

Otro factor de gran impacto para el SNS fue el aumento de las prestaciones sanitarias. En el mismo periodo de tiempo, la APS ha pasado de asistir a la enfermedad a atender a la salud.

Con la puesta en marcha de los primeros Equipos de Atención Primaria se comenzaron a aplicar los desarrollos del nuevo modelo. Conforme se desarrollaba, se hizo necesario hacer explícitos, normalizar y homogeneizar los diferentes servicios que la Atención Primaria debía prestar y que, en muchos casos, venían ya desarrollándose a través de programas de salud <sup>19</sup> En 1991 nace la Cartera de Servicios de Atención Primaria, como instrumento clave para la organización de la atención y la gestión de la AP en España, así como para la introducción de criterios de calidad explícitos en las prestaciones sanitarias ofrecidas a la población desde el primer nivel de atención, y su evaluación sistemática (131).

Con ella, se inicia en Atención Primaria un modelo de gestión descentralizada y por objetivos. Esto, unido a los cambios y necesidades de la población, obligó a que, en 1992, fuera necesario habilitar nueva Unidades Administrativas en los centros de Atención Primaria con más personal que requería mayor especialización para poder incorporar al EAP las primeras actividades de descentralización de la gestión. Servicios como la cita previa en territorio INSALUD fue acompañada de la contratación de 1.300 auxiliares<sup>20</sup> o la TSI con 700 más (132). Así, en 1993, se firmaron entre el INSALUD y las Gerencias de Área de Atención Primaria los primeros Contratos Programas que, a su vez, dieron lugar a otros contratos pactados entre las Áreas y sus EAPs. Con los contratos, se instaura por primera un sistema de Incentivación a los profesionales en Atención Primaria en función del cumplimiento de los objetivos pactados.

---

<sup>19</sup> Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid, 2002

<sup>20</sup> INSALUD. Actividades en Atención Primaria. Memoria funcional. Madrid. Insalud 1989.

La Cartera de Servicios nace como el catálogo de servicios relacionados con problemas de salud y necesidades sentidas por la población, susceptibles de resolución desde el primer nivel de atención (133). Cada Servicio está compuesto por un conjunto de actividades de promoción, prevención, curación y seguimiento del problema y/o rehabilitación. Por tanto, las actividades de la Cartera de Servicios recogen una parte importante de los procesos asistenciales, siendo actuaciones contempladas en los programas o protocolos implantados en las Áreas de Salud.

La primera Cartera constaba de 36 servicios: Atención a la infancia, a la mujer, al adulto-anciano, salud buco-dental, rehabilitación, salud mental, atención continuada, prestaciones (ILT, incapacidad y farmacia), medios diagnósticos e información-atención-gestoría. Desde entonces, cada año, se han ido incluyendo servicios nuevos y/o cambios en su evaluación y, sin ánimo de abrumar, cabe destacar la incorporación de nuevos servicios (Tabla VI ) como la Atención al consumo excesivo de alcohol en 1993, la atención al VIH/SIDA en 1995, la detección de problemas en el anciano al año siguiente, la atención en patologías agudas en el Niño y en el Adulto en 1997, la atención al climaterio en 1998, la cirugía menor en 1999 o la atención al joven en 2001 (Tabla VI).

<b>Tabla VI. Desarrollo de las Prestaciones en el INSALUD</b>	
<b>Año</b>	<b>Prestación</b>
Antes de 1984	Atención a la enfermedad común y accidentes laborales
	Maternidad
<b>CARTERA DE SERVICIOS</b>	
1991	Atención al Niño Atención a la Mujer Atención al adulto-anciano Atención Salud Buco-Dental Salud Mental Atención continuada Prestaciones Medios Diagnósticos Información-Atención-Gestoría
1992	Normas Técnicas Mínimas
1993	Servicio Consulta Desarrollo de la Atención a Crónicos (HTA, DM,...) Atención al Consumo Excesivo de Alcohol
1994	Desarrollo de la metodología de la evaluación
1995	Vacunación de la Hepatitis B a grupos de Riesgo Vacunación de la Rubeola Atención a pacientes con VIH/SIDA Educación para la salud a grupos
1997	Pilotaje de inclusión de patologías agudas
1998	Atención al Climaterio Creación del 061
1999	Servicio de Cirugía Menor Normas Técnicas Creación de las Gerencias 061
2000	Segundo pilotaje de procesos de patología aguda
2001	Servicio de Atención al Joven

Una de las características de la Cartera de Servicios es la capacidad para evaluar las coberturas de los servicios prestados. En la Región de Murcia el porcentaje de cobertura del servicio de Información y seguimiento de métodos anticonceptivos, pasó del 4% en 1995 al 26,5% en 2001; o el de atención a pacientes diabéticos pasó del 42,4% al 79,2% (Tabla VII )

<b>Tabla VII. Porcentaje de cobertura alcanzada por algunos servicios</b>				
	<b>Murcia</b>		<b>INSALUD</b>	
	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>
Información y seguimiento anticonceptivos	4,0	26,5	8,5	32,5
Atención a crónicos: HTA	26,9	49,0	31,6	54,6
Atención a crónicos: DM	42,4	79,2	39,4	67,7
Cirugía Menor	0,0	27,3	0,0	42,4
<i>Fuente: SGAP/INSALUD</i>				

Estos porcentajes estaban claramente relacionados con la incorporación de nuevos EAPs a la APS. En 1995, la implantación de los Equipos de Atención Primaria llegó a cubrir al 75% de la población (134) de manera que médicos con formación generalista y especialistas en medicina familiar y comunitaria compartían una misma función en los nuevos centros de salud, con nuevas instalaciones y mejor dotados en recursos humanos, técnicos y asistenciales. La jornada laboral de todos ellos ocupaba ocho horas diarias, frente a las dos horas y media de los del modelo tradicional

#### 2.3.5.3. Los recursos aplicados a la reforma sanitaria

La Ley General de Sanidad no contó con una partida presupuestaria propia capaz de absorber el gasto derivado de la aplicación del nuevo modelo; igual que pasó con la incorporación progresiva de nuevos colectivo de ciudadanos a la prestación sanitaria pública, el estado fue asumiendo progresivamente la financiación del nuevo modelo.

Conforme aumentaban las coberturas y las prestaciones la financiación del SNS la fue asumiendo, de una manera progresiva, el Estado a través de sus Presupuestos Generales; el gasto sanitario público fue creciendo hasta alcanzar el 5,6% del PIB en 1995. En la segunda mitad de los años noventa se produce un estancamiento en el desarrollo del sistema sanitario público. La participación del gasto sanitario público en el PIB, incluso desciende hasta el 5,4 %, incrementándose, sin embargo, de manera

notable el gasto farmacéutico, a la vez que crece la participación privada en el conjunto del gasto.

Pero este incremento de coberturas y prestaciones tendría que haber ido unido a un aumento armónico de la inversión medida en gasto sanitario sobre el PIB.

<b>Año</b>	<b>% PIB</b>	<b>GS Total</b>	<b>GS público</b>	<b>% público</b>
1990		20.842,0	16.412,8	78,75
1995	5,6	33.386,8	24.124,8	72,26
2000	5,42	45.568,8	32.672,8	71,70
2001	5,43	49.405,1	35.213,1	71,27

*Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. INE*

En la tabla VIII se observa cómo la serie de gasto sobre PIB, estabilizada en torno al 5,4% desde finales de los noventa, registra un repunte partir del año 2002, coincidiendo con la finalización de los trasferencias sanitarias a las CC.AA. El gasto sanitario público del sector Comunidades Autónomas, que representa aproximadamente el 90% del total una vez desaparecido el antiguo INSALUD, ha experimentado entre los años 1999 y 2003 una tasa anual media de crecimiento del 9,01%, 1,9 puntos por encima del crecimiento medio anual registrado por el PIB (135). Al analizar el proceso en la Región de Murcia, se observa como su tasa de crecimiento ha sido de las más altas de las Comunidades Autónomas (10,97), tan solo superada por las Islas Baleares<sup>21</sup>.

#### Los presupuestos para Atención Primaria

En 1994 se incorpora la Asignación Presupuestaria a las Áreas de Atención Primaria que estas prorratan a los EAPs.

Si bien Atención Primaria, como he comentado, ocupa cada vez más un papel relevante en el conjunto del sistema y contribuye, de manera notable,

<sup>21</sup> Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (2005)

en su eficiencia medida en gasto sanitario público y resultados en salud, un rasgo característico de nuestro sistema sanitario es el enorme peso de la atención especializada (que absorbe más de la mitad del gasto total) frente a la escasa importancia que se le otorga a la Atención Primaria que, entre 1999 y 2003 solo obtuvo un porcentaje sobre el total del gasto del 14,52% y 14,20% respectivamente (Tabla IX).

<b>Tabla IX. Distribución del Gasto Sanitario Público Español</b>				
	<b>1999</b>		<b>2003</b>	
	<b>Miles de €</b>	<b>%</b>	<b>Miles de €</b>	<b>%</b>
Servicios hospitalarios/especializados	14.976.851	54,68	20.747.009	53,68
Servicios primarios de salud	3.975.414	14,52	5.488.917	14,20
Servicios de salud pública	263.494	0,96	389.448	1,01
Farmacia	6.230.317	22,78	9.029.110	23,36
Otros servicios	1.926.146	7,06	2.994.136	7,75
Gasto consolidado CCAA	27.372.222	100,00	38.648.620	100,00
<i>Modificado de Urbanos Garrido, R. El gasto sanitario y su financiación: evolución, tendencias y reflexiones...(135)</i>				

### Los recursos humanos en Atención Primaria

Queda claro que Atención Primaria no ha recibido el esfuerzo inversor que hubiera necesitado para desarrollar su nuevo modelo de atención. Las incorporaciones de nuevas coberturas y de nuevos servicios no se acompañaron de nuevas contrataciones de médicos, sino que llevaron y llevan su propia dinámica, más en función de la población atendida que de las nuevas prestaciones y servicios desarrollados.

Pero aún el problema adquiere mayor trascendencia cuando analizamos cómo se ha producido el reparto de ese escaso presupuesto.

Para analizar este tema se va utilizar como indicador el Gasto por habitante en recursos humanos destinado a Atención Primaria (Tabla X)

<b>Tabla X . Gastos de personal por habitante y año (pesetas)</b>			
	<b>R. de Murcia</b>	<b>INSALUD</b>	<b>Diferencia</b>
1994	8.915	9.758	-843
1995	9.625	10.362	-737
1996	10.197	10.878	-681
1997	10.475	11.040	-565
1998	10.990	11.457	-467
1999	11.662	11.991	-329
2000	12.345	12.714	-369
2001	12.930	13.373	-443
<i>Fuente: Subdirección General Atención Primaria/INSALUD 2001</i>			

#### Uso de la población de la APS

La presión asistencial ha experimentado un continuo crecimiento en todo el periodo, siendo esta siempre mucho mayor en le Región de Murcia que en la media del territorio INSALUD (Tabla XI)

<b>Tabla XI. Evolución de la Presión Asistencial en Atención Primaria</b>		
<b>Año</b>	<b>Región de Murcia</b>	<b>INSALUD</b>
1993	46,00	34,00
1994	46,00	35,00
1995	39,00	29,00
1996	43,00	33,00
1997	52,22	36,69
1998	50,07	36,75
1999	51,20	36,77
2000	51,09	36,63
2001	51,26	37,28
<i>Fuente: Centro Regional de Estadística y SGAP/ INSALUD</i>		

La frecuentación es un indicador de uso de los servicios sanitarios que mide las consultas realizadas en relación a la población de referencia. Se calcula dividiendo todas las consultas realizadas en un servicio sanitario durante un periodo determinado por su población de referencia o cobertura. En definitiva, mide el número de veces que toda la población



adscrita a un servicio lo utiliza en el periodo establecido. Su resultado puede estar influenciado por dos elementos diferenciados: el aumento de consumo sanitario por la población y la eficacia del servicio para resolver en el menor número posible de actos los problemas que le plantea la población (Tabla XII).

<b>Tabla XII. Evolución de la Frecuentación en Atención Primaria</b>		
<b>Año</b>	<b>Región de Murcia</b>	<b>INSALUD</b>
1994		5,40
1995	7,01	6,39
1996	7,81	6,92
1997	7,96	7,12
1998	7,63	7,00
1999	7,64	6,93
2000	7,59	6,79
2001	7,47	6,90

*Fuente: SGAP/INSALUD*

En los últimos años del INSALUD, con muchas Comunidades Autónomas transferidas y con el resto de transferencias ya programado, descendió mucho la actividad normativa, los Contratos-Programa pasaron a ser Contratos de Gestión de Atención Primaria (1999) y tan solo cabe recoger como hito importante el inicio de OMIAP (2000) una aplicación informática pensada por y desde Atención Primaria que ha permitido el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica.

### 2.3.6. Resultados del periodo. El INSALUD en 2001.

La población protegida en las CCAA no transferidas era de 14.315.223 personas de las que 1.018.150<sup>22</sup> correspondían a la Región de Murcia.

Al cierre del ejercicio 2001 se encontraban disponibles 1.106 Centros de Salud de los cuales 72 pertenecían a la Región de Murcia con 1.200 EAPs de los que 74 estaban en la Región. Desde el punto de vista de personal, en APS trabajaba un 24,71% de todos los trabajadores del INSALUD. Además, de los 30.042 facultativos, el 43,17% lo hacía en APS(136) (Tabla XIII)

<b>Tabla XIII. Personal INSALUD 2001</b>			
	<b>Atención Primaria</b>	<b>Atención Especializada</b>	<b>Totales</b>
Facultativos	12.969	17.073	30.042
Sanitario no facultativo	12.447	56.474	68.921
Diplomados Universitarios	11.199	30.529	41.728
Resto de personal	1.248	25.945	27.193
No sanitario	8.495	29.774	38.269
Totales	33.911	103.321	137.232

*Fuente: Memoria del INSALUD 2001*

Ese año, en territorio INSALUD se contaba con 114 TAC, 27 RMN, 34 aparatos de angiografías digitales y 32 Salas de Hemodinámica, de ellos, la Región de Murcia contaba con 5, 2, 1 y 2 respectivamente.

La inversión del INSALUD en la Región de Murcia durante 2001 fue de 26.023 miles de euros, lo que suponía el 6,13% de toda la inversión en las comunidades no transferidas. De ellos, Atención Primaria se llevó 3.979 miles de euros (15,29%) de los que 665.433 se dedicaron a equipamiento informático.

El gasto sanitario por persona protegida en el INSALUD fue de 762.77 euros y en la Región 782,72 (Gasto Real en la Región 796.923 miles de euros)

<sup>22</sup> Este dato difiere del estimado en la tabla de población protegida anterior. El primero es el resultado de calcular la población censal (incluye inmigración no regularizada y otros colectivos) en función de los datos de cobertura ofrecidos por el Ministerio, el segundo es el dato oficial del INSALUD que no contempla esas poblaciones aunque es posible que las atendiera.

La Esperanza de vida el nacer estaba en los 78.58 años y a los 65 años en 18,16. La Tasa de Mortalidad general ajustada por edad se encontraba en 633,24 por 100.000 habitantes y la Tasa de Mortalidad Infantil en 5,47 por 1.000 nacidos vivos<sup>23</sup>.

### **2.3.7. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. 2013 (137)**

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS se encuadra dentro de un marco referencial definido por la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Esta última surge de la necesidad de solucionar un problema de salud pública importante en España: mientras que somos el país con mayor esperanza de vida del mundo (82.1 años), nuestra esperanza de vida en buena salud (61.5 en hombres y 59.4 en mujeres) es inferior a la de los países de nuestro entorno. Además, las condiciones crónicas de salud suponen el 86% de las muertes y el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad –AVAD-) por lo que se justifica la necesidad de implementar políticas activas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad basadas la efectividad y otras cinco características importantes para conseguir los mejores resultados: su aplicación a lo largo de todo el curso de vida, el abordaje por entornos, el enfoque poblacional, el abordaje desde un enfoque positivo, y un enfoque integral.

El documento en cuestión, define las líneas estratégicas que se han abordar: potenciación de la salud pública, coordinación y gobernanza territorial, equidad en salud, reorientación de los servicios de salud, intersectorialidad en salud, empoderamiento en salud, entornos saludables y seguros, así como participación y acción comunitaria. Para ello establece un eje tridimensional de acción: por poblaciones, por entornos y por factores a abordar.

La Estrategia, que fue un acuerdo del CISNS de diciembre de 2013, deja a los servicios sanitarios autonómicos la tarea de aplicar las actuaciones planificadas, por ello, se volverá a retomar el tema cuando se analice el Servicio Murciano de Salud.

---

<sup>23</sup> Datos de Indicadores Clave del SNS. 2015

### **2.3.8. El conflicto profesional en Atención Primaria**

A principios de los 80, en la Atención Primaria española coexistían los Médicos Titulares (medio rural), los Médicos de Zona (medio urbano) y los nuevos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Los nuevos especialistas se iban integrando en las nuevas estructuras de centros de salud compartiendo espacio y, poco a poco, funciones con aquellos otros que aceptaron, más o menos convencidos, su integración en los nuevos EAPs que estaban surgiendo en su zona de atención.

Previendo la normativa europea que se aproximaba, en 1984 el Gobierno modificó el RD 3303/78 e introdujo, entre otros cambios en la regulación de la especialidad, el RD 127/84 con el que se dejó la "puerta abierta" en el acceso a la titulación de especialistas, a través de una vía especial, a concretos colectivos que históricamente no habían accedido a titulaciones especializadas: Ayudantes, Doctores y Profesores de Facultades, y que significó la elaboración de la Orden Ministerial de 30 de Diciembre de 1986.

La Directiva Europea 1985/57/CEE que condicionaba el ejercicio de las actividades de médico general y especialista hospitalario, en el margen de los servicios públicos de salud, a la posesión de título acreditativo de especialista, obligó a una necesaria adaptación de la legislación nacional. Su aplicación, a partir del 1 de Enero de 1995, supuso la necesidad de poseer una especialización vía MIR, para poder ejercer la medicina en el Sistema Nacional de Salud.

Otra Directiva Europea, la 457/86<sup>24</sup>, sobre formación posgraduada básica en Atención Primaria obligaba a partir del 1 de enero de 1995 a tener una formación específica de al menos dos años para poder trabajar en el ámbito de la atención primaria en los países miembros de la Unión Europea, dentro del marco de los sistemas sanitarios públicos. Así, Ministerio de Sanidad tuvo que buscar una solución a esa inmensa mayoría de médicos que trabajan en Atención Primaria sin tener una formación acreditada vía MIR y promulgó el RD 264/89 (138) por el que, a través de un curso de perfeccionamiento, con una duración total de tres meses, se podía obtener, con carácter excepcional, del título de Médico Especialista en Medicina Familiar y comunitaria siempre y cuando acreditaran cinco años de ejercicio en propiedad o interinos en puestos de asistencia primaria

---

<sup>24</sup> refundida posteriormente en la Directiva de la UE 93/16

dependientes de cualquier Administración Pública o de entidades gestoras de la Seguridad Social.

Así, entre 1994 y 1999 se habilitaron procedimientos excepcionales de acceso al título de Médico Especialista, resolviendo dicha situación de ilegalidad. Así, se establece un sistema excepcional y transitorio de acceso al título de Especialista de conformidad con los requisitos y procedimiento que fijó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en Acuerdo adoptado en su reunión de 21 de julio de 1997. Para ello, hace equivalentes la puntuación otorgada al período completo de formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria con la asignada a entre seis y ocho años de servicios prestados como Médico de Familia, contemplándose también la realización de convocatorias periódicas para el acceso a las plazas del Sistema Nacional de Salud.

En 1998 se publican las medidas anunciadas mediante el RD 1753/1998 (139), admitiendo que “aquellos médicos que hubieran completado, antes del día 1 de enero del año 2008, un total de cinco años de ejercicio profesional efectivo como Médico de Familia [denominación común para todos los médicos independientemente de su perfil profesional] y que pudieran acreditar un mínimo de trescientas horas de formación en Medicina de Familia, podían solicitar hasta el 31 de mayo de 2013 la concesión del título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Para obtener el título se deberían someter a una prueba objetiva (ECO<sup>25</sup>), dirigida a evaluar la competencia profesional del interesado, a través de la resolución de diversos casos clínicos adaptados a los contenidos formativos de la especialidad. La prueba debería tener unas características comunes en todo el Estado(140). La primera ECOE se realizó en 2001 y obtuvo un 80% de aptos<sup>26</sup>.

La situación de conflicto alcanzó tal magnitud que el Ministerio de Sanidad, llegó al acuerdo, tras la presión de los estudiantes y de todas las partes implicadas (con dos encierros de médicos de familia y residentes de MFyC en el Ministerio de Sanidad), de aumentar las plazas MIR a 5.000 durante 5 años (2.077 en 1980) y crear una convocatoria específica dentro del MIR para los licenciados post-95 con plazas de MFyC (1.500 plazas anuales) además de la convocatoria general (también con plazas de MFyC, pero en mucha menor proporción) (141). Con esta medida excepcional se pretendía disminuir la bolsa

---

<sup>25</sup> Evaluación Clínica Objetiva Estructurada

<sup>26</sup> Más tarde, la prueba fue regulada por la Secretaría de Estado de Educación y Universidades (BOE 01/2002 página 1614)

histórica (médicos que no habían podido acceder a la especialización de posgrado), a la vez que se iba incorporando a los post-95 que se iban graduando, de forma que, a partir del año 2000, se pudiera llegar a un MIR distributivo, al tener todos los licenciados acceso a plaza.

Estas y otras medidas en este ámbito, unidas a la conflictividad en la convivencia entre los diferentes perfiles de formación de los profesionales y a la situación de paro laboral ("bolsas de paro" y baremos de acceso a plazas), junto a una insuficiente oferta de plazas MIR para Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) configuraron con coctel explosivo que mezclaba modelo de atención, perfil profesional y paro laboral.

Según Gómez Gascón (presidente de la CNEMFC) se puede afirmar que se mejoró la situación de la bolsa histórica y la mayoría de los licenciados post-95 pudieron ir incorporándose al MIR en un plazo de 1-3 años, pero no acabó con el problema porque las facultades de Medicina siguieron generando un número excesivo de licenciados y ni siquiera llegaron a cumplir su compromiso de disminuir un 2% anual el número de estudiantes.

La respuesta fue volver a unificar la convocatoria MIR y ampliar en número de plazas a 4.200 (año 2000) cifra que ha continuado creciendo hasta las 6.661 de 2008 aunque, en los últimos años, su oferta ha ido sufriendo una disminución lenta pero progresiva de manera que en 2015 se convocaron 6.102 (1.671 de Medicina Familiar y Comunitaria) a las que optaron 12.346 aspirantes (142)

Con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, sobre ordenación de las profesiones sanitarias(143), se planteó una reforma de la formación especializada: la implantación de la troncalidad en el MIR para, posteriormente establecer la incorporación progresiva de criterios de troncalidad en la formación de especialidades médicas y la regulación de las áreas de capacitación específica. La troncalidad supone reorganizar la formación para unir competencias comunes en un primer ciclo de dos años inmediatamente posterior a los estudios del grado de Medicina y separar las especialidades en un segundo bloque. Así, por ejemplo, el futuro cardiólogo y el médico de familia compartirían el tronco médico, y solo empezarán a recibir formación específica a partir del tercer año de MIR.

Hasta 2004 el programa incluía tres años de formación MIR en MFyC como el americano pero, desde 2005, la Orden SCO/1198/2005, aprueba y publica el programa formativo de

la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que sigue estando vigente en la actualidad. Con la misma se amplió la formación hasta los cuatro años actuales (144)

Posteriormente, el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinaron y clasificaron las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollaron determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (145), representó un replanteamiento global de la formación especializada en nuestro país. Con él se regularon aspectos básicos y fundamentales en el sistema de formación sanitaria especializada como los referidos a la figura del tutor, a las unidades docentes, a las comisiones de docencia o a los aspectos pormenorizados de los procedimientos de evaluación.

La tendencia actual de la formación médica es el desarrollo normativo de la troncalidad y las áreas de capacitación específica siendo el RD 639/2014, de 25 de julio, el que la regula (146). Con el mismo se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.

A pesar de toda esta normativa, la formación de MFyC sigue sufriendo un verdadero problema estructural. Si este tipo de formación se basa en la formación en el puesto de trabajo adquiriendo los valores, conocimientos y habilidades bajo la tutorización profesional de un médico de familia experimentado, la realidad dista mucho de cumplir ese objetivo. De los cuatro años de residencia, el residente permanece en los centros de salud, en los programas formativos de la Región de Murcia, apenas seis meses en su primer año de residencia y todo el cuarto año. El resto del tiempo lo dedica a rotaciones por servicios hospitalarios. Su formación en puertas de urgencias hospitalarias supone una actividad laboral encubierta como formativa que le ocupa turnos entre 17 y 24 horas con descanso el día saliente. Un residente suele hacer entre cuatro y cinco guardias mensuales en el hospital o en los servicios de urgencias extrahospitalarias durante todo el periodo. Entre rotaciones y guardias su periodo real de formación en el puesto de trabajo no supera el 25% del total.

### **2.3.8. El proceso de descentralización del SNS. Las transferencias sanitarias**

Un elemento esencial para comprender la situación sanitaria española es el la implantación del modelo autonómico consensuado en la Constitución del 78 y la consiguiente transferencia en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas definida en la Ley General de Sanidad de 1986.

La asunción de las transferencias en las CC.AA. de vía rápida se produce en un largo periodo de tiempo, siendo particularmente lento en Cataluña que, aunque la reforma se puso en marcha con carácter experimental en el centro de salud La Mina (1983) y en los de Vila-roja y Ciutat Badía (1984), hasta marzo de 1985 no se aprobó el decreto que establecía las características fundamentales de la Atención Primaria y hasta junio de 1990 no se aprobó la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (147). El resto de CCAA de esta vía también fueron recibiendo las competencias a finales del siglo pasado: Andalucía (1984), País Vasco y Navarra (1987 y 1991, respectivamente), Valencia (1987), Galicia (1991) y Canarias (1994).

La transferencia de la sanidad a las regiones que hasta diciembre del 2001 formalmente constituían el llamado “territorio INSALUD” (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja) (Ilustración 5), pone fin a la asimétrica distribución de competencias entre CC.AA. que existía desde la creación del Estado de las Autonomías<sup>1</sup> y eleva la participación de las regiones en el total del gasto público hasta el 45% (frente al 40% de la Administración Central y 15% de los Ayuntamientos). No obstante, las asimetrías se siguen manteniendo respecto al sistema de financiación autonómica (Comunidades de Régimen Común y Comunidades de Régimen Foral (Concierto Vasco y Convenio Navarro) (148).



### Ilustración 5. El Territorio INSALUD



*Elaboración propia a partir de*

*<https://luisamariaarias.files.wordpress.com/2012/06/mapa-autonomc3adas.gif>*

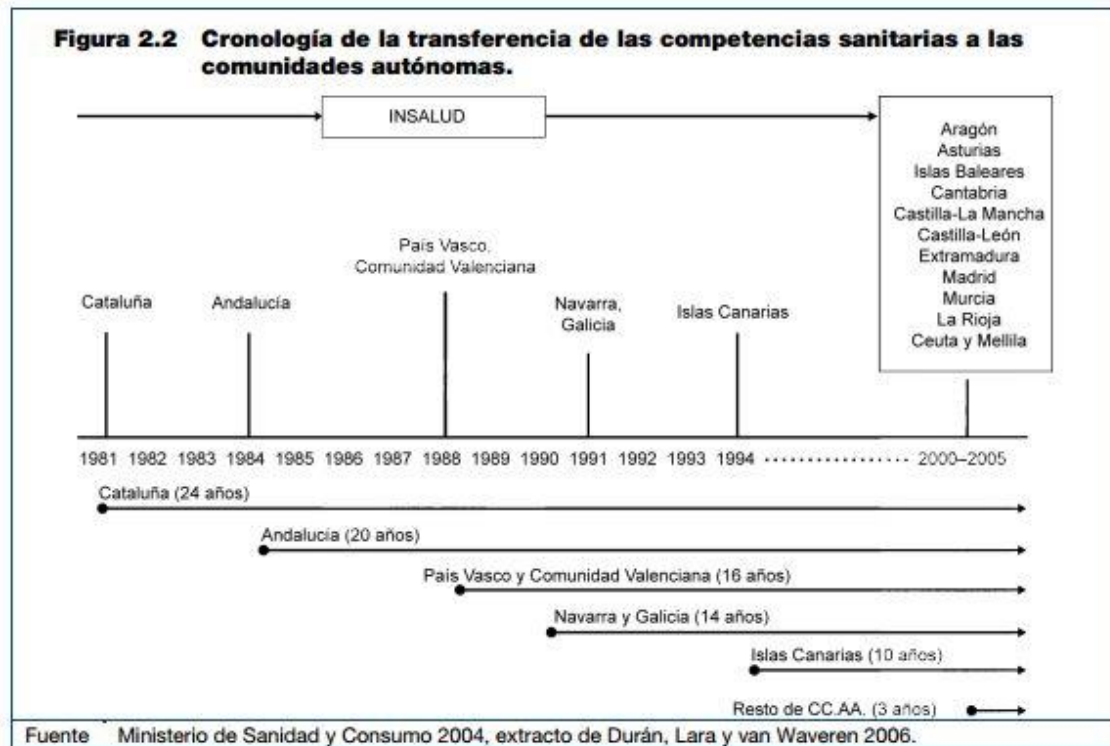
Las tasas de crecimiento del gasto sanitario, que históricamente se habían situado por encima del PIB, y los previsibles costes implícitos del propio proceso transferencial aconsejaban un acuerdo sobre la financiación de la sanidad que se iba a transferir que proporcionase un marco financiero estable y suficiente. Este se produjo a mediados de 2001 con un nuevo modelo de financiación autonómica para el conjunto de las CC.AA. de régimen común que tuvo rango de ley: 7/2001 (financiación(149)), 21/2001 (medidas fiscales(150)) y 22/2001 (fondos de compensación interterritorial (151)). En el modelo, el componente demográfico es quizás el factor de ajuste más importante, pero hubiera sido necesario aproximar las diferencias existentes entre regiones no sólo según la demanda sino también la oferta y los costes (152)

El proceso de transferencias se cierra con la firma del traspaso de las competencias sanitarias a las regiones gestionadas por el INSALUD en las comisiones mixtas y con la posterior aprobación en el Consejo de Ministros de los reales decretos que permiten a los gobiernos autonómicos gestionar sus servicios de salud desde el 1 de enero del 2002. A partir de esa fecha las CC.AA. asumen 140.000 empleados públicos, 83 hospitales y 35.000 camas. El montante inicial de la transferencia prevista por el Ministerio era, según

cifras oficiales, de 1,7 billones de pesetas, pero los acuerdos del traspaso firmados con los gobiernos autonómicos incrementan esa cifra en 300.000 millones (153). Las CC.AA. aceptan que el INSALUD siga funcionando durante una etapa de transición de tres meses, ampliables a seis, para evitar vacíos en el traspaso. En este periodo la competencia sobre la asistencia sanitaria es del consejero de cada región pero el servicio lo siguen prestando los trabajadores del INSALUD, temporalmente a sus órdenes.

En el grupo de las diez Comunidades del artículo 143, que reciben simultáneamente en el año 2001 el traspaso de las funciones y servicios del INSALUD, siete Comunidades Autónomas (Aragón, Madrid, Murcia, Asturias, Baleares, Castilla y León y la Rioja) habían constituido sus Servicios de Salud aún antes de haberse producido la modificación estatutaria que les atribuía competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y sólo tres (Castilla-La Mancha, Cantabria y Extremadura) lo hicieron después. El proceso legislativo de creación de los Servicios de Salud de Cantabria y de Extremadura coincide en el tiempo con el proceso de negociación de los Acuerdos de Traspaso del INSALUD. El caso de Cantabria puede considerarse límite, ya que la Ley 10/2001 que crea el Servicio Cántabro de Salud lleva fecha de 28 de diciembre, mientras que el Real Decreto 1471/2001 que traspasa a la Comunidad aquellas funciones y servicios está fechada el 27 de diciembre (Ilustración 5).

Ilustración 6. Cronología de las transferencias sanitarias



Tomado de *Sistemas Sanitarios en Transición*. OMS. 2010 (154)

Al desaparecer el INSALUD, en 2002 se modificó la estructura del ministerio de sanidad y consumo, y se constituyó el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria que sólo se quedó con la gestión de las dos provincias autónomas de Estado: Ceuta y Melilla (155).

La coordinación del sistema sanitario para mantener la equidad sanitaria territorial cayó exclusivamente en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

## 2.4. La Atención Primaria de Salud en la Región de Murcia

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia había publicado ya su Ley de Salud de la Región de Murcia en 1994 (156), antes de serle transferidas las competencias en materia sanitaria. Murcia es la única región que renunció al periodo de transición (para evitar vacíos de poder) de 3-6 meses por el que el INSALUD seguía funcionando y pactó sólo 2 meses de transición.

### **2.4.1. Desarrollo Legislativo**

En los quince años transcurridos, la sanidad murciana ha tenido un importante desarrollo legislativo tanto por iniciativa propia (BORM) como por leyes nacionales (BOE). Alguna de las leyes se elaboró antes de las transferencias sanitarias pero han sido determinantes para comprender el marco legislativo que afecta al desarrollo de la APS en la Región. Desde la perspectiva que ocupa esta Tesis, cabe destacar:

1. **Ley 2/1990, de 5 de abril, de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia** (157). Nació con una señalada vocación de ordenar el sistema sanitario público en la Región de Murcia dotándolo de la adecuada organización de los servicios de salud existentes, todo ello, en el ejercicio de las competencias que el Estatuto de Autonomía de nuestra región establece en el artículo 11 .f) en materias de sanidad e higiene, mediante la creación de un organismo autónomo con competencias de gestión de servicios de salud y atención a la enfermedad.
2. **Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia** (156). La ley supone una nueva estructuración del sistema sanitario de la Región de Murcia, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales y la segunda al Servicio Murciano de Salud, como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios sanitarios públicos que integra.
3. **Real Decreto 1474/2001**, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (158).

4. **Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia** (159). Aúna y recopila en un único texto legal el conjunto de derechos y deberes que ostentan los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, como el derecho a la autonomía de decisión del paciente, incluido el consentimiento informado o las instrucciones previas, los derechos de información sanitaria, el derecho a recibir asistencia sanitaria en un plazo máximo definido o el derecho a la segunda opinión médica.

En su preámbulo establece: *“De modo particular, requiere mención especial el artículo dedicado a los ciudadanos extranjeros, por cuanto consagra en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos aquellos extranjeros que, sin derecho a cobertura asistencial y sin recursos, se encuentren en nuestra Comunidad, de conformidad con el procedimiento que reglamentariamente se establezca. (...) La Región de Murcia quiere poner de manifiesto su especial sensibilidad y solidaridad con todas aquellas personas que vienen a nuestra Región en busca de un mejor futuro, a través del reconocimiento y garantía de uno de los derechos de la persona más importantes, como es, el de derecho a la protección de la salud.”*

En el Capítulo II se ocupa del derecho de participación de los ciudadanos a través de los órganos de participación sanitaria: *“La Administración Sanitaria impulsará y velará por el correcto funcionamiento y actuación de los órganos de participación sanitaria, que son, el Consejo de Salud de la Región de Murcia, como máximo órgano consultivo y de participación ciudadana de la sanidad pública en esta Región, los Consejos de Salud de Área en su condición de órganos de participación comunitaria en las demarcaciones territoriales en que se ordena el mapa sanitario de la Región de Murcia y, en su caso, los Consejos de Salud de Zona”*. Pero, incluye una Disposición derogatoria: *“Queda derogada la Orden de 15 de marzo de 1992 de la Consejería de Sanidad, de creación de los Consejos de Salud de Zona, así como cuantas disposiciones se opongan a lo previsto en la presente Ley”*.

5. **Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones** (160).

Como ya se ha comentado, desde 1986 el SNS ha ido aumentando su cobertura al incorporar al mismo a nuevos colectivos ciudadanos que estaban excluidos en el modelo anterior y, el proceso se fue consolidando con la Ley de Cohesión 16/2003 (161), que definía como titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a: *"...Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000"* hasta alcanzar el nivel máximo de universalización del SNS con la Ley General de Salud pública de 2011 (3): *"Se extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico."*

El Real Decreto-Ley 16/2012, modifica el contenido del artículo 3 de la Ley de Cohesión y lo redacta: *"La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado"*.

Desde entonces, colectivos muy importantes de nuestra sociedad han sido excluidos (inmigrantes no regularizados y descendientes de ciudadanos españoles nacionalizados y que una vez adquirida la nacionalidad reagrupan a sus descendientes mayores de edad pero menores de 26 años<sup>27</sup>.) o se les ha dificultado burocráticamente su acceso (mayores de 26 años que nunca han cotizado a la Seguridad Social por ser estudiantes o parados en busca de primer empleo, personas divorciadas que nunca han cotizado, parados de larga duración que dejan de cobrar la prestación por desempleo<sup>28</sup>) o han sufrido una merma en sus derechos (mayores de 26 años con protección reconocida en España que emigran a otros países de la Unión Europea por periodos superiores a tres meses)

- 6. Ley 12/2014, de 16 de diciembre, de Transparencia y Participación Ciudadana de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia**(162). en su artículo 30.2 desarrolla los derechos a la participación de los ciudadanos: *El derecho de los ciudadanos a participar en los asuntos públicos implicará, en los*

---

<sup>27</sup> El RD sólo les reconoce atención urgente, embarazo y posparto y menores de 18 años. En la Región de Murcia se amplía a cobertura a personas de este colectivo con enfermedad crónica, aunque no se define la cronicidad en cuanto a inclusión, esto es, no hay listado de patologías incluidas.

<sup>28</sup> En estos casos, tras ciertos trámites burocráticos, pueden obtener la prestación sanitaria pública tras el reconocimiento por parte de Hacienda como "personas que no alcanzan el nivel de renta mínima

*términos que se determinen de conformidad con la normativa aplicable y a los efectos de esta ley:*

- a) El derecho a participar en la planificación, seguimiento y la evaluación de los programas y políticas públicas.*
- b) El derecho a participar de manera efectiva en la elaboración, modificación y revisión de anteproyectos de ley, disposiciones de carácter general, planes, programas y otros instrumentos de planificación en los que se prevea su participación, así como a acceder a información relevante sobre estos últimos.*
- c) El derecho a promover iniciativas normativas.*
- d) El derecho a formular alegaciones y observaciones en los trámites de exposición o audiencia pública que legalmente se abran para ello.*
- e) El derecho a aportar propuestas de actuación o sugerencias de mejora de la calidad de los servicios públicos.*
- f) El derecho a ser informado sobre los distintos instrumentos de participación y colaboración ciudadanas existentes.*
- g) El derecho a que se haga público el resultado definitivo del procedimiento en el que haya participado”.*

La Ley también abre las puertas a una condición necesaria para la participación ciudadana como es la publicación de ciertos datos de políticas y gestión desarrolladas desde la administración. Esto se ha materializado ya con el Portal de Transparencia al que se puede acceder desde CARM.es (163).



## **2.4.2. Acciones en política y gestión sanitarias**

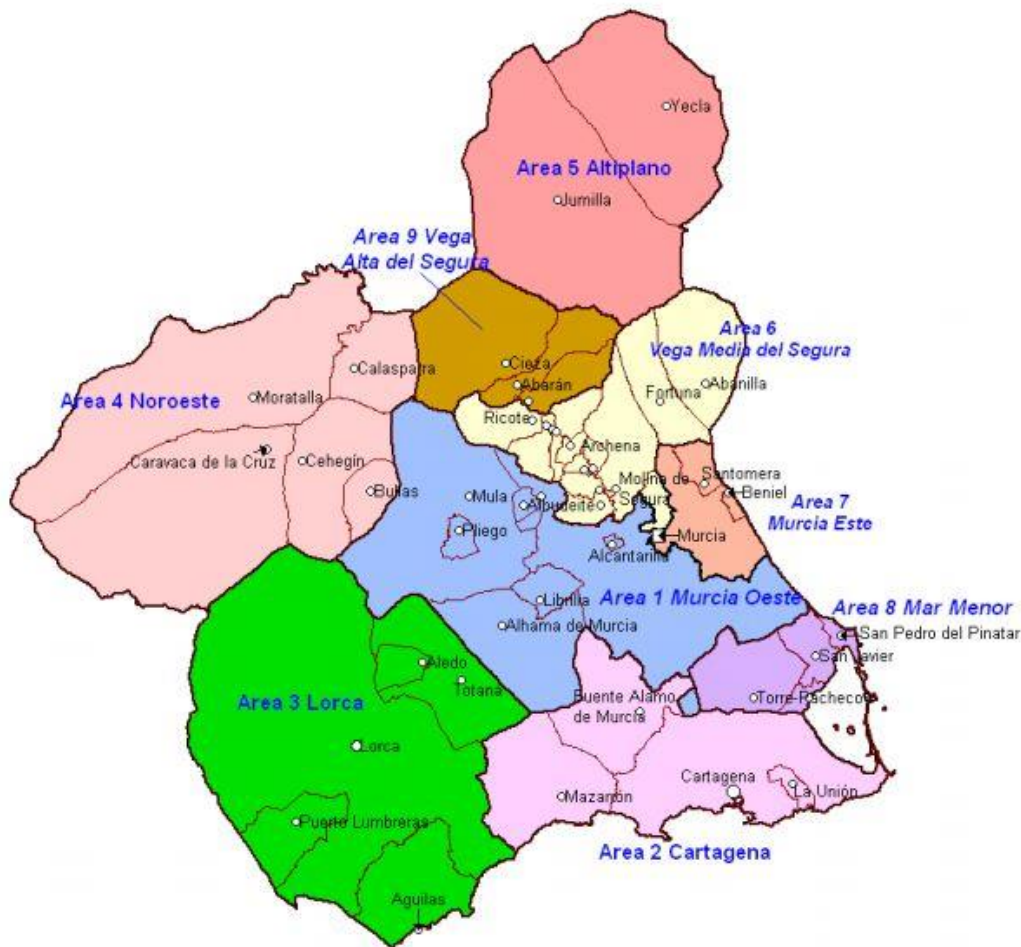
Son muchas las acciones emprendidas, se destacan aquellas que han tenido un impacto directo sobre el desarrollo de la APS

### **2.4.2.1. Ordenación sanitaria del territorio**

Los principales criterios de ordenación territorial están recogidos en la Ley General de Sanidad y en la Ley 4/94 de Salud de la Región de Murcia. Se basan en la definición de dos tipos de demarcaciones territoriales: las áreas de salud y las zonas básicas de salud. El establecimiento de estas demarcaciones territoriales se realiza mediante del Mapa Sanitario, aprobado por la Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Con la nueva modificación del Mapa Sanitario, la Región de Murcia se articula en nueve áreas de salud, donde cada una de ellas está vinculada a un hospital de referencia. A su vez, éstas se estructuran en 89 zonas básicas de salud, que constituyen el marco territorial de la atención primaria de salud, dentro del cual desarrolla su actividad el equipo de atención primaria. La nueva organización de las Áreas de Salud se implantó a lo largo del año 2010 (Ilustración 7), estando prevista que sus estructuras de gestión integren la atención primaria y la especializada (112).

### **Ilustración 7. Áreas Sanitarias de la Región de Murcia**



#### 2.4.2.2. Gerencia única

En el modelo de Gerencia Única (un único responsable tanto de la atención primaria como especializada), los gerentes dejan de gestionar recursos determinados y pasan a ocuparse de gestionar las necesidades asistenciales de una población determinada, lo que debería contribuir a la eficacia global del sistema. Los gerentes pueden asignar los recursos entre el conjunto de proveedores y servicios en función de las prioridades de salud y de las demandas de la población, sea el proveedor de atención especializada o primaria, de asistencia sanitaria o promoción y prevención de la salud, o de investigación y docencia. A su vez, en los Acuerdos de Gestión únicos se establecen los objetivos globales del Área de Salud, sin diferenciar entre primaria o especializada (164).

Tras un pilotaje en el Área Sanitaria del Altiplano en 2005, el modelo de Gerencia Única se extendió a la del Noroeste en 2006 y a la de Lorca en 2007. A partir del 1 de enero de 2010 se extendió al resto de Áreas.

#### **2.4.2.3. Planes de Salud**

Los planes de salud responden a la necesidad de disponer de un marco estratégico donde se recoja la política sanitaria a desarrollar por las administraciones públicas. En la Región de Murcia se han elaborado cuatro planes de salud desde 1992, de los cuales, tras la asunción de las competencias en materia sanitaria se ha elaborado el III Plan de Salud 2003-2007 y el IV Plan (2010-2015)

#### **2.4.2.4. Proyecto AP21**

En octubre del 2003 se celebró organizada por el Ministerio de Sanidad una Reunión Técnica sobre estrategias futuras en atención primaria de salud en España con motivo de los 25 años de Alma-Ata (la conferencia de la OMS que propuso un mayor desarrollo de la atención primaria de los países). A partir de ahí surge el Proyecto AP-21 o de Estrategias para la atención primaria del siglo XXI (165) con el objetivo de proponer las mejoras y los cambios necesarios que la potencien e impulsen (166). Consta de cinco grandes áreas temáticas: Contenido de la actividad en atención primaria de salud, Estrategias de organización y gestión en atención primaria, Resolución en atención primaria, Evaluación de procesos en atención primaria y Resultados en salud en atención primaria.

El Pleno del CISNS, del que forma parte el Gobierno Regional, acordó de manera unánime en diciembre de 2006 que el proyecto AP21 incorpora un marco estratégico adecuado para que las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que, en el marco de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad de cada Servicio de Salud, hagan posible la consecución de los avances necesarios para la mejora de la Atención Primaria de salud en España en el período 2007-2012.

Según el CISNS, la Atención Primaria de salud ha de estar orientada al ciudadano y a la comunidad, ha de tener una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, eficiente y participada tanto por los ciudadanos como por los profesionales.

En 2012 se publicó por el Ministerio un informe de seguimiento del Proyecto que describe la evolución de las diferentes áreas temáticas sin llegar a conclusiones de consenso entre los participantes de la evaluación (167)

#### **2.4.2.5. Plan para la mejora y modernización de la Atención Primaria 2007-2010**

Pactado por la Consejería de Sanidad y el SMS con las principales sociedades científicas de Atención Primaria y el Colegio Oficial de Médicos de la Región, recoge parte de las reivindicaciones de la “Plataforma 10 minutos” como la adecuación de plantillas, la descentralización de la gestión, historia clínica electrónica, la implementación del modelo de calidad europeo EFQM, o el acceso a pruebas diagnósticas (168).

#### **2.4.2.5. Plan de Educación para la salud**

La Región de Murcia puso en marcha una iniciativa de carácter intersectorial que atañe directamente al sector educativo. El Plan de Educación para la Salud en la Escuela nació con una duración estimada de 5 años (2005-2010), y pretendía potenciar una educación que promoviera la adquisición de estilos saludables por medio de la creación de Escuelas Promotoras de Salud sobre la base de 3 estrategias –curricular, formativa y participativa-con el apoyo de la investigación y evaluación permanente. El Plan estaba dotado con 100.000 euros en el año 2006.

El Plan se sigue ejecutando en 2015 con estos objetivos: 1. Potenciar el desarrollo transversal de los contenidos de EpS contemplados en el currículo educativo. 2. Poner a disposición de la comunidad educativa los recursos didácticos necesarios para favorecer el desarrollo de la EpS. 3. Mejorar las capacidades y habilidades de los profesionales de la salud y la enseñanza mediante la formación universitaria, especializada y continuada. 4. Favorecer la formación de las familias, mediante la puesta en marcha de escuelas de madres y padres en EpS. 5. Establecer los mecanismos de coordinación necesarios para favorecer la participación de todos los agentes implicados en el desarrollo de la EpS.

Todo ello con la finalidad de orientar los conocimientos y actitudes de los componentes de las comunidades educativas hacia un modelo positivo de salud, facilitando el desarrollo integral del alumnado y la adquisición y mantenimiento de estilos de vida saludables (169).

#### **2.4.2.6. Programa para la prevención del Cáncer de Mama.**

La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia puso en marcha a finales del año 1994 el programa(170) con el objetivo de la detección precoz de la enfermedad, en estadios tempranos. Actualmente el programa se realiza con la colaboración de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) que aporta sus unidades de cribado en las Áreas Sanitarias I, III, IV, V, VI y VII, y de los servicios Externalizados para el cribado de las Áreas II y VIII. Sólo en el Área IX el cribado se realiza a través de recursos propios del SMS(170)

#### **2.4.2.7. Programa de prevención del Cáncer de Colon**

Este programa tiene por objetivo la detección precoz del cáncer de colon y recto basado en la detección de sangre oculta en dos pruebas de sangre en heces tomadas en dos días sucesivos a todas las personas de entre 50 y 69 años y que estén asignadas a médicos de atención primaria pertenecientes a las zonas de salud del área I, algunas ZBS de las Áreas Vi y IX(171)

#### **2.4.2.8. Gestión farmacéutica**

- Prescripción por principio activo aplicando en REAL DECRETO LEY 9/2011 de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011.
- Guía y boletines Farmacoterapéuticos del SNS. Entendidos como “ayuda a la prescripción” actualmente la Guía está integrada en OMIap.
- Proyecto “Happy-Audit”. Programa regional para la mejora en la atención de la infección respiratoria aguda en Atención Primaria’, que ha logrado disminuir a lo largo de su implantación la prescripción innecesaria de

antibióticos. En la Región, entre 2009 y 2013, se han celebrado diez ediciones y cada una de ellas comprende dos fases. En la primera, se monitoriza la práctica habitual del facultativo y se realiza una intervención formativa con los profesionales profundizando sobre diversos aspectos de las guías clínicas y del manejo del kit de diagnóstico rápido STREP-A. A continuación, en la segunda fase, se ponen en práctica estas herramientas y se monitoriza la aplicación de los conocimientos adquiridos (172).

- Creación del Centro Regional de Información y Evaluación de Medicamentos (CIEMPS) Punto de resolución de cuestiones relacionadas con la utilización de medicamentos promoviendo su uso racional a través de la información técnico-científica, objetiva, actualizada, oportuna y pertinente debidamente procesada y evaluada. El presupuesto para la creación del CIEMPS en 2006 se elevó a 280.000 euros

#### **2.4.2.9. Plan Integral de Cuidados Paliativos 2006-2009**

En 2005, se calculaba que, en España, la Tasa de pacientes que fallecían tras una etapa avanzada y terminal de su enfermedad y, por tanto, necesitarían cuidados paliativos se acercaba a 50 pacientes por 100.000 habitantes. En la Región de Murcia la tasa de mortalidad era del 7,5%, lo que suponía 10.125 defunciones al año. El 25% de los casos se debían a procesos oncológicos, el resto, hasta el 50% son casos avanzados de Alzheimer, Sida, enfermedades cerebro vasculares y procesos respiratorios agudos y componen el abanico de procesos susceptibles de ser atendidos mediante Cuidados Paliativos.

Con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia cuando se enfrentan a una enfermedad incurable, avanzada y progresiva sin respuesta a tratamientos curativos y con pronóstico de vida limitado se elabora el Plan que pretende atender al ser humano en su totalidad, es decir, cubriendo no sólo las necesidades físicas, controlando el dolor y los síntomas, sino también las necesidades emocionales, intelectuales y espirituales; considerando que son de igual importancia en la salud y el bienestar(173).

Constituidos como red asistencial, comenzaron a atender en los domicilios a pacientes en situación terminal (aquellos que se prevé su muerte en los siguientes

seis meses) en 2007 con 14 Equipos Multidisciplinares y una inversión de 220.000 euros(174) . Los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos se ubican tanto en la atención domiciliaria como en la hospitalaria, estableciéndose como Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) y Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH).

En 2011, se crea una página web de acceso libre a ciudadanos con áreas reservadas a profesionales (<http://www.cuidarypaliar.es/>)

En 2014, hay 15 unidades de Cuidados Paliativos de Atención Domiciliaria y ocho Hospitalarias en las que prestan sus servicios 47 profesionales.

#### **2.4.2.10. Comité Regional de Evaluación y Tecnologías Sanitarias de la Región de Murcia (CRETS)**

Creado bajo la Orden de 26 de julio 2012 de la Consejería de Sanidad y Política Social (BORM N° 182 de 7 de agosto), tiene como objeto la fijación de directrices, criterios, condiciones e indicaciones de carácter general destinados a promover una cartera de servicios autonómica coherente y de calidad, así como el uso apropiado de Tecnologías Sanitarias en términos de efectividad, seguridad, eficiencia, accesibilidad, y equidad proporcionando la información y emitiendo las recomendaciones necesarias para la toma de decisiones dentro del Sistema Sanitario Público de Salud.

#### **2.4.2.11. Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM)<sup>29</sup>**

Pretende integrar la atención a la mujer en toda la Región de Murcia, independientemente del área de salud que pertenezca, garantizando criterios de equidad y de competencia científico-técnica.

El PIAM ha sido elaborado por diferentes profesionales y diferentes ámbitos de actuación (ginecólogo-obstetras, médicos de familia, matronas, enfermeras,

---

<sup>29</sup> Agradezco al Dr. Pedro Pérez López sus aportaciones y la revisión sobre los contenidos del SMS

trabajadores sociales) siguiendo las últimas evidencias científicas disponibles en cada actuación.

Se estructura en seis subprogramas que son: Atención al embarazo, Prevención del cáncer ginecológico (mama, cuello de útero y endometrio), Anticoncepción, Atención al climaterio, Atención a la interrupción voluntaria del embarazo y Atención al malestar biopsicosocial (175).

Está funcionando en las 9 áreas de salud desde octubre de 2013, y se está llevando a cabo un proceso de actualización en el último semestre de 2015.

La Comisión Paritaria Regional del PIAM y las 9 Comisiones de Seguimiento de Área existentes tienen la misión de garantizar su aplicación de forma homogénea en toda la región, así como apoyar a los profesionales en la toma de decisiones mediante protocolos conjuntos.

#### **2.4.2.12. Estrategia de Atención a las Enfermedades Crónicas de la Región de Murcia 2013-2015.**

Esta estrategia tiene como objetivos generales mejorar la atención a los pacientes crónicos de nuestra Región, garantizar la continuidad asistencial en los procesos crónicos y potenciar la Atención Primaria como gestor de la salud de la población. Recoge los principios básicos del documento publicado por el Ministerio de Sanidad en 2012 “Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”(176). Se enmarca dentro de los 4 ejes estratégicos diseñados por el Servicio Murciano de Salud en 2013 y que fueron: resultados en salud, gestión del conocimiento, procesos asistenciales y Atención a la Cronicidad.

Dentro de esta Estrategia se ha puesto en marcha el “Programa de Atención a Pacientes Crónicos Complejos Multingreso”(177) que está funcionando en el Área de Salud VI desde el 1 de febrero de 2015 y que se extenderá en su fase piloto inicial hasta el 30 de septiembre de 2015, para posteriormente extenderlo al resto de 9 áreas de salud.

La Estrategia recoge la puesta en marcha de otros Programas que se están elaborando en la actualidad y complementarán al anterior, extendiendo su



aplicación tanto a enfermos pluripatológicos como al resto de pacientes con alguna patología crónica prevalente.

#### **2.4.2.13. Receta Electrónica (RE)**

El proyecto de Receta Electrónica comenzó a implantarse en la Comunidad en febrero de 2013 y mantuvo un desarrollo secuencial en todas las áreas y zonas básicas de la Región hasta su conclusión en marzo de 2015, con Murcia y Alcantarilla como últimas localidades en incorporarse a este proyecto (178).

El acumulado de dispensaciones electrónicas en la Comunidad Autónoma en los primeros once meses de 2014 alcanzó las 281.653 recetas y suponiendo el 6 por ciento del total de recetas dispensadas mensualmente (179).

### 2.4.3. Resultados de la gestión

#### 2.4.3.1. Cobertura

La población en la Región de Murcia sufrió un incremento de 261.720 habitantes desde que entraron en vigor las transferencias sanitarias pero el incremento en personas protegidas ha sido mayor al aumentar (hasta 2012) el porcentaje de cobertura del sistema nacional de salud en la Región de Murcia hasta alcanzar las 266.747 personas protegidas (Tabla XIV)

**Tabla XIV. Evolución de la cobertura del SMS**

Años	Población total*	%cobertura SNS**	Población protegida***
2001	1.183.880	98,59	1.167.187
2002	1.215.790		1.198.647
2003	1.249.480	99,86	1.247.731
2004	1.283.040		1.281.244
2005	1.317.720		1.315.875
2006	1.350.940	97,02	1.310.682
2007	1.392.370		1.350.877
2008	1.430.990		1.388.346
2009	1.452.150		1.408.876
2010	1.465.810		1.422.129
2011	1.471.410	99,18	1.459.344
2012	1.477.510		1.465.394

\* Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

\*\* Fuente: Ministerio de Sanidad (Indicadores Clave del SNS)

\*\*\* Cálculo

#### 2.4.3.2. Gasto Sanitario

El problema más serio de la comisión mixta para la negociación de las transferencias sanitarias fue la financiación, no solo por el coste real de mantener el sistema sanitario regional, sino también por la infrafinanciación que el INSALUD había aplicado a la Región. Por poner un ejemplo, hasta 1995, el gasto per cápita en la Región permanecía por debajo de la media del gasto del INSALUD estimando en 5.000 millones de pesetas el déficit de inversión (180).

Pese a que se reconoció ese déficit, las transferencias sanitarias suponían una oportunidad para planificar, presupuestar y gestionar todas las actuaciones

sanitarias<sup>30</sup>. Pero ya en 2002 el SMS tuvo un déficit presupuestario de 25,790 millones de euros según refleja el Tribunal de cuentas<sup>31</sup>.

El Gasto Sanitario por persona protegida en la Región ha crecido en el período 2002-2012 un 171,5% a pesar del decrecimiento que tuvo en 2012. Este comportamiento ha sido diferente al del conjunto del país, cuyo crecimiento ha sido menor (163,7%) (Tabla XV).

**Tabla XV. Evolución del Gasto Sanitario Público comparado Murcia/España**

Años		GSP per capita	Aten Primaria*	Aten Especializada*	Farmacía*	Personal*	Consumos Intermedios*	Conciercos*	Formación*
2002	Murcia	881,55	13,97	48,91	25,28	42,50	17,49	7,25	0,85
	España	881,05	13,94	46,30	24,26	43,30	17,84	10,54	1,60
2003	Murcia	973,63	13,71	48,63	25,67	42,40	16,58	7,38	0,80
	España	961,14	13,97	46,28	24,61	42,65	18,44	10,37	1,32
2004	Murcia	1060,95	13,00	49,18	25,05	41,51	19,30	7,55	0,57
	España	1027,94	14,00	46,75	23,98	42,78	18,82	10,43	1,29
2005	Murcia	1142,29	12,61	49,47	24,14	42,17	19,54	7,73	0,59
	España	1100,05	14,05	47,28	23,27	42,52	19,52	10,42	1,24
2006	Murcia	1217,93	12,77	49,99	23,76	42,44	20,05	7,79	0,59
	España	1189,48	13,88	49,00	22,33	42,70	20,58	9,85	1,22
2007	Murcia	1326,09	10,93	52,77	22,60	43,96	20,36	7,17	0,58
	España	1274,59	14,42	49,14	21,54	44,56	19,83	9,78	1,41
2008	Murcia	1581,62	11,22	54,72	20,35	45,09	21,55	7,95	0,58
	España	1512,86	14,52	50,85	20,67	44,69	20,91	9,45	1,52
2009	Murcia	1646,2	12,06	54,81	20,03	47,48	20,27	7,08	0,61
	España	1576,07	14,34	51,50	20,59	45,63	21,02	8,98	1,56
2010	Murcia	1613,32	12,53	54,35	20,53	47,79	20,84	7,20	0,64
	España	1540,5	14,21	51,55	20,78	45,66	20,84	9,03	1,58
2011	Murcia	1622,13	12,80	55,62	18,65	47,27	23,01	7,18	0,69
	España	1504,4	13,79	53,33	19,27	45,62	22,88	9,26	1,63
2012	Murcia	1512,06	13,33	56,22	17,41	46,97	24,32	7,21	0,74
	España	1442,15	13,58	54,92	17,55	44,52	25,78	9,57	1,70

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INCLASS (indicadores Clave del SNS) Marzo 2015. \* Los datos están expresados en porcentaje

La brecha entre el gasto destinado a Atención Primaria y la Atención de segundo nivel (especializada y hospitalaria) cada vez es más grande. La primera se ha

<sup>30</sup> Pérez-Giménez R. Políticas Sanitarias y Desigualdades en España. En: Adelantado J. Cambios en el Estado de Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España. Barcelona. Icaria y Universidad Autónoma de Barcelona, 2000:251-284

<sup>31</sup> Tribunal de Cuentas. Núm 716. Informe Anual de la Comunidad Autónoma de Murcia. Ejercicio 2002

movido en porcentaje del gasto sanitario público en Murcia entre el 10.93% (2007) y el 13.97% (2002) soportando la crisis económica más que la Especializada cuyos porcentajes se han visto muy poco disminuidos algún año pero que, en general, ha pasado del 48,63% (2003) al 56,22% en 2012. Esta distribución no ha sido igual en España, donde Primaria llegó a alcanzar el 14,52% (2008) siendo 2012 el año con porcentaje más bajo (13,58%)

El porcentaje del gasto en Farmacia (receta) ha descendido de manera importante en los últimos años en la Región, pasando de un máximo del 25,67% en 2003 al 17,41% del 2012, teniendo un comportamiento parecido al de la Nación, que partiendo de un gasto menor (24,61%) en 2003, también ha conseguido reducirlo hasta el 17,55% de 2012.

El porcentaje del gasto de remuneración de personal en la Región subió hasta más de 5 puntos en 2010 aunque, desde entonces, ha ido disminuyendo hasta al 46.97%. La Región comenzó con un porcentaje inferior a la media de España en 2002, pero desde 2008 cambió la tendencia llegando a los 2,45 puntos porcentuales que lo elevan en 2012.

Es el porcentaje de Consumos intermedios (donde se incluye la farmacia hospitalaria) el que más se ha incrementado de todos, tanto en Murcia como en España, con cerca de casi 8 puntos en ambos casos (7.74 y 7.94 respectivamente), además es un incremento continuo no afectado por la crisis ni los recortes económicos.

El porcentaje del gasto dedicado a conciertos ha presentado comportamientos distintos en Murcia y en España. Mientras que en la primera siempre ha estado entre el 7,08% (2009) y el 7,95% (2008), en España se ha ido reduciendo el mismo de manera progresiva desde el 10,54% de 2002 al 8.98% de 2009, desde entonces vuelve a incrementarse ligeramente en 2010 y de manera más evidente en 2011 y 2012.

En cuanto al gasto destinado a la formación de Residentes ha tenido un comportamiento similar en ambas administraciones con una salvedad, la Región de Murcia destina menos porcentaje de gasto a este tema que el gobierno central y esto es un comportamiento permanente en todos los años con diferencias porcentuales entre el 0.63 (2006) y el 0.96 de 2012.

### 2.4.3.3. Estado de Salud

En la Región de Murcia se observan diferentes distribuciones en muchos de los integrantes del estado de salud de la población si se comparan con el conjunto de España (Tabla XVI).

**Tabla XVI- Indicadores del Estado de Salud comparado Murcia/España**

Años		Esperanza de vida a los 65 años	T mortalidad infantil x 1 000 nacidos vivos	T mortalidad ajustada por edad por cardiopatía isquémica x 100 000 hab.	T mortalidad ajustada por edad, por enfermedad cerebrovascular x 100 000 hab.	T mortalidad ajustada por edad por cáncer x 100 000 hab.
2002	Murcia	18,33	6,19	61,24	65,72	169,97
	España	18,96	4,14	61,70	52,01	167,65
2003	Murcia	18,38	5,95	62,59	64,58	157,00
	España	18,93	3,92	61,49	52,00	167,05
2004	Murcia	18,60	5,39	59,13	59,15	159,58
	España	19,12	3,98	57,34	46,49	164,20
2005	Murcia	18,71	4,96	59,98	59,35	151,25
	España	19,29	3,78	56,31	45,69	159,73
2006	Murcia	19,16	4,15	54,34	53,78	150,57
	España	19,86	3,53	51,90	42,03	158,38
2007	Murcia	19,40	3,87	54,16	52,63	145,66
	España	20,00	3,46	50,43	40,83	157,09
2008	Murcia	19,25	3,40	50,19	51,74	153,37
	España	20,00	3,35	47,35	38,22	154,59
2009	Murcia	19,60	3,60	49,90	43,90	148,30
	España	20,50	3,30	45,30	36,10	153,00
2010	Murcia	20,26	3,16	43,81	40,90	149,93
	España	20,78	3,19	43,75	33,75	152,35
2011	Murcia	20,31	3,27	44,54	36,66	147,80
	España	20,87	3,19	41,88	31,41	152,12
2012	Murcia	20,09	4,80	44,29	38,28	137,12
	España	20,72	3,09	40,73	31,07	151,06

La Esperanza de vida a los 65 años va aumentando progresivamente hasta 2011 pero en 2012 se produce una inflexión y se acerca a los datos de 2009. Este fenómeno aparece en los territorios tanto de la Región como del conjunto del Estado.

La Tasa de Mortalidad Infantil en la Región va disminuyendo progresivamente en el periodo hasta que, en los dos últimos años, sufre un importante aumento y vuelve alcanzar valores cercanos a los de 2005. Esto no ocurre así en España, que ya partía de una Tasa más baja en 2002 y que ha seguido su descenso incluso en los últimos años.

La Tasa de Mortalidad por Cardiopatía Isquémica sí muestra un descenso constante tanto en la Región como en España, pero mientras que en 2002 era similar en ambas (61.24 y 61.70 respectivamente), en la Región ha descendido menos por lo que ha aumentado la brecha con España en 3,56 puntos.

Un comportamiento distinto ha tenido la Tasa de Mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular. La Región partía con una tasa muy superior a la de España (65,72 y 52,01 respectivamente) la ha ido reduciendo en 27,44 puntos frente a los 20,94 que lo ha hecho la segunda. No obstante, sigue teniendo una tasa 7,21 puntos por encima de la del conjunto del país.

Por el contrario, la Tasa de Mortalidad por Cáncer ha sido la que mejor comportamiento ha tenido en la Región. Partiendo de 169,97 en 2002, la ha bajado en 32,85 puntos en 2012 mientras que en España, que ya partía con una tasa mayor, solo ha conseguido descenderla en 16,59 puntos.

#### **2.4.3.4. Determinantes de la salud**

Tanto la Región como el conjunto del país han reducido la prevalencia del consumo de tabaco en población adulta, siendo mayor el descenso en la primera 10,32 puntos que en España 7,73 puntos.

En cambio, las acciones emprendidas contra la Obesidad en adultos no han mejorado los datos, aumentando en ambas administraciones, sobre todo en la Región que ha aumentado en 6.1 la prevalencia (Tabla XVII).

**Tabla XVII. Determinantes de la Salud comparados Murcia/España**

Años		Consumo de tabaco en población adulta*.	Obesidad en población de 18 y más años*	Obesidad en población de 2 a 17 años*	Bebedores de riesgo de alcohol**
2001	Murcia	35,33	14,22		
	España	31,68	13,18		
2003	Murcia	28,6	15,67	16,23	
	España	28,12	13,61	8,53	
2006	Murcia	29,82	19,35	10,8	3,92
	España	26,44	15,37	8,94	4,7
2009	Murcia	26,68	22,22		4,15
	España	26,16	16		3,24
2011	Murcia	25,01	20,32	12,61	0,62
	España	23,95	17,03	9,56	1,69

\*Datos de prevalencia

\*\* Porcentaje

Mención especial tienen los resultados de la Obesidad infantil que presentaba datos muy preocupantes en 2003 y siguen siendo muy preocupantes porque, aunque hayan descendido en 3,62 puntos, siguen estando por encima de la media nacional. No obstante el comportamiento ha sido distinto al de España que ha aumentado la prevalencia en 1,03 puntos.

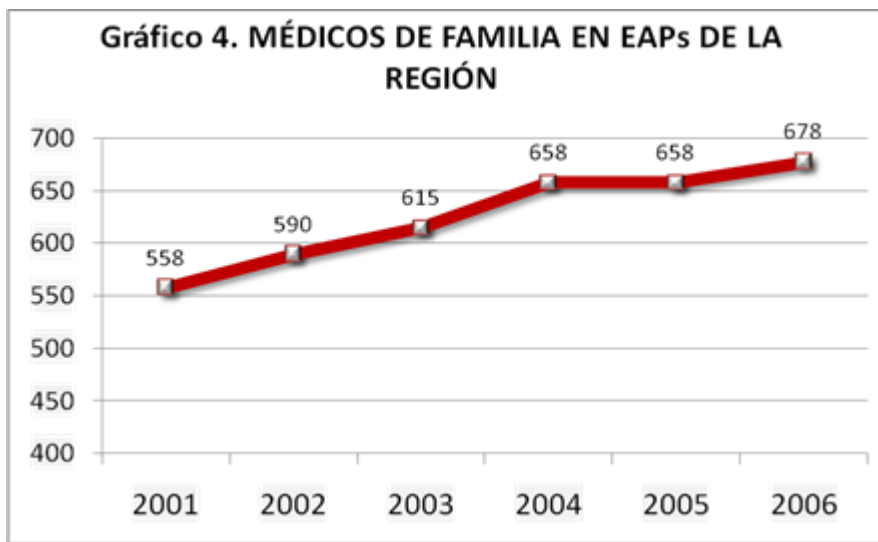
Otro indicador interesante es el porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol, que cuantifica la cantidad y la frecuencia con la que se consumen cierto tipo de bebidas alcohólicas y valora el riesgo cuando el consumo medio diario supera los 40 gr de alcohol para el hombre y los 20 gr para la mujer. Desde que se tienen datos (2006) los resultados son contradictorios y no es posible definir tendencias.

### 2.4.3.5. Recursos humanos

#### Contratación de médicos de familia

Hay que reconocer el esfuerzo realizado por la Consejería de Sanidad, desde 2001, año que finalizó el proceso de transferencias sanitarias, hasta el 2006. Se han creado 120 plazas nuevas (Ilustración 8).

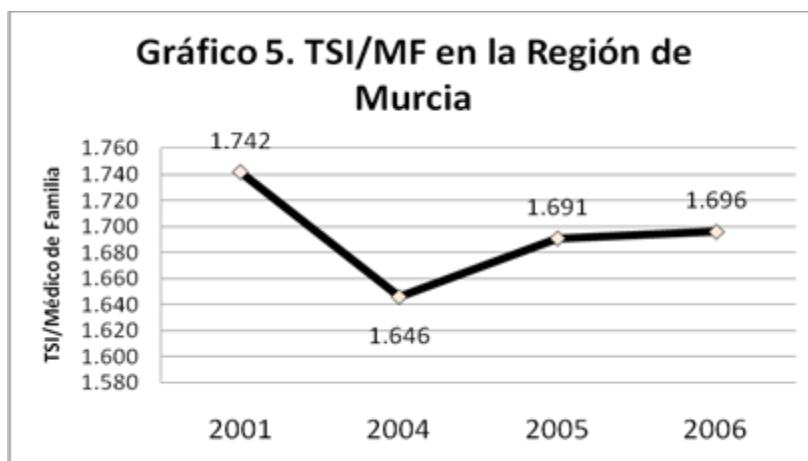
**Ilustración 8. Evolución del número de Médicos de Familia en la Región de Murcia**



Tomado del blog *Apuntes para la reflexión sanitaria*

Pero este esfuerzo inversor no ha sido proporcional a las necesidades del sistema rápidamente han sido absorbidas por el incremento de la población ya que, si analizamos la evolución de la TSI/MF, vemos que se mantiene en alza (Ilustración 9).

**Ilustración 9. Relación Tarjetas Sanitarias Individuales y Médicos de Familia en EAPs**





El SMS ha incrementado sus plantillas de manera desigual desde que asumió las transferencias sanitarias. Mientras que en Atención Hospitalaria y Especializada la tasa de médicos y enfermeras se ha incrementado en 0,36 y 0,41 puntos respectivamente, en Atención Primaria los incrementos han sido menores (0,12 y 0,08) aunque la valoración se ha hecho desde 2004 por falta de datos los dos primeros años. Para la elaboración de los datos de médicos y enfermeras de segundo nivel, el Ministerio especifica que se ha tenido en cuenta al personal contractual y no las plantillas independientemente de que sus contratos sean a tiempo parcial o jornada completa. Se ha excluido a Residentes MIR, becarios, asistentes voluntarios y colaboradores. Sí se tienen en cuenta a aquellos médicos que puedan ejercer su actividad en centros concertados siempre y cuando perciban sus honorarios del centro del que dependen. En relación al primer nivel asistencial, se incluyen a los profesionales que trabajan en plazas de medicina de familia y pediatría en centros de salud o en consultorios locales. No incluyen a los que trabajan exclusivamente en los servicios de urgencia ni al personal directivo no asistencial (Tabla XVIII).

**Tabla XVIII. Incrementos de Recursos Humanos del SMS**

Años	Médicos		Enfermeras	
	Atención Especializada*	Atención Primaria**	Atención Especializada*	Atención Primaria**
2002	1,39		2,46	
2003	1,43		2,49	
2004	1,46	0,65	2,54	0,5
2005	1,46	0,63	2,53	0,5
2006	1,47	0,63	2,68	0,48
2007	1,56	0,67	2,86	0,51
2008	1,56	0,74	2,94	0,55
2009	1,63	0,73	2,97	0,55
2010	1,74	0,73	2,96	0,54
2011	1,79	0,75	3	0,57
2012	1,77	0,77	2,89	0,59
2013	1,75	0,77	2,87	0,58

\* por 1.000 habitantes

\*\* por 1.000 personas asignadas

Fuente: Ministerio de Sanidad. Indicadores Clave del SNS

### 2.4.3.6. Recursos tecnológicos

En los cuatro indicadores que ofrece el Ministerio, la Región de Murcia, que partía de una situación desfavorable comparada con la del conjunto de España, ha aumentado sus recursos hasta situarse por encima de la media española en Tomografía Computarizada y en Resonancia Magnética creciendo 0,58 y 0,37 puntos desde 2002. En cuanto a los Equipos de Hemodiálisis y de Hemodinámica, aunque ha crecido más que la media de España (2,49 y 2,10 respectivamente en hemodiálisis y 0,32 y 0,21 respectivamente en hemodinámica) , todavía queda lejos de ella, sobre todo en hemodinámica. En la metodología de recogida de datos, el Ministerio deja claro que sólo se contabilizan los recursos propios y no los concertados.

**Tabla XIX. Recursos de tecnología sanitaria comparados Murcia/España en funcionamiento por 100,000 habitantes**

Años		TAC	RMN	E. hemodiálisis	E. hemodinámica
2002	Murcia	1,06	0,41	4,35	0,16
	España	1,23	0,54	7,92	0,37
2003	Murcia	1,12	0,32	4	0,16
	España	1,25	0,6	7,87	0,38
2004	Murcia	1,16	0,31	3,97	0,23
	España	1,28	0,65	8,1	0,41
2005	Murcia	1,37	0,46	3,87	0,3
	España	1,28	0,71	6,83	0,45
2006	Murcia	1,33	0,44	3,78	0,3
	España	1,3	0,75	7,04	0,47
2007	Murcia	1,29	0,43	3,66	0,29
	España	1,38	0,8	7,39	0,49
2008	Murcia	1,19	0,49	4,68	0,28
	España	1,43	0,83	7,59	0,49
2009	Murcia	1,24	0,48	6,75	0,34
	España	1,46	0,88	7,78	0,48
2010	Murcia	1,3	0,55	6,75	0,3411
	España	1,49	1,04	9,1	0,5339
2011	Murcia	1,56	1,22	6,73	0,4078

*Atención Primaria de Salud: de la Teoría a la Práctica Aplicada a un Problema de Salud*

	España	1,57	1,14	9,29	0,5507
2012	Murcia	1,62	1,22	6,7	0,4738
	España	1,6	1,17	9,79	0,5719
2013	Murcia	1,64	1,23	6,84	0,4791
	España	1,6	1,18	10,02	0,5838

*Fuente: MSSSI. Indicadores Clave del SNS*

## 2.5. La Atención Primaria en la Zona Básica de Salud Vistalegre-La Flota

### **2.5.1. Descripción de la Zona Básica de Salud**

La ZBS ocupa una extensión de 2,45 km<sup>2</sup> distribuida en dos barrios (Vista Alegre y La Flota) y una pedanía (Santiago y Zaraiche) que conforman una unidad geográfica separada solo por calles urbanas. Desde el punto de vista de mapa sanitario, en realidad la extensión de la zona corresponde a dos zonas básicas, Vistalegre-La Flota y Santiago y Zaraiche que definida como ZBS, la ausencia de un centro de salud propio hace que su población actualmente sea atendida en la ZBS adyacente (Ilustración 10).

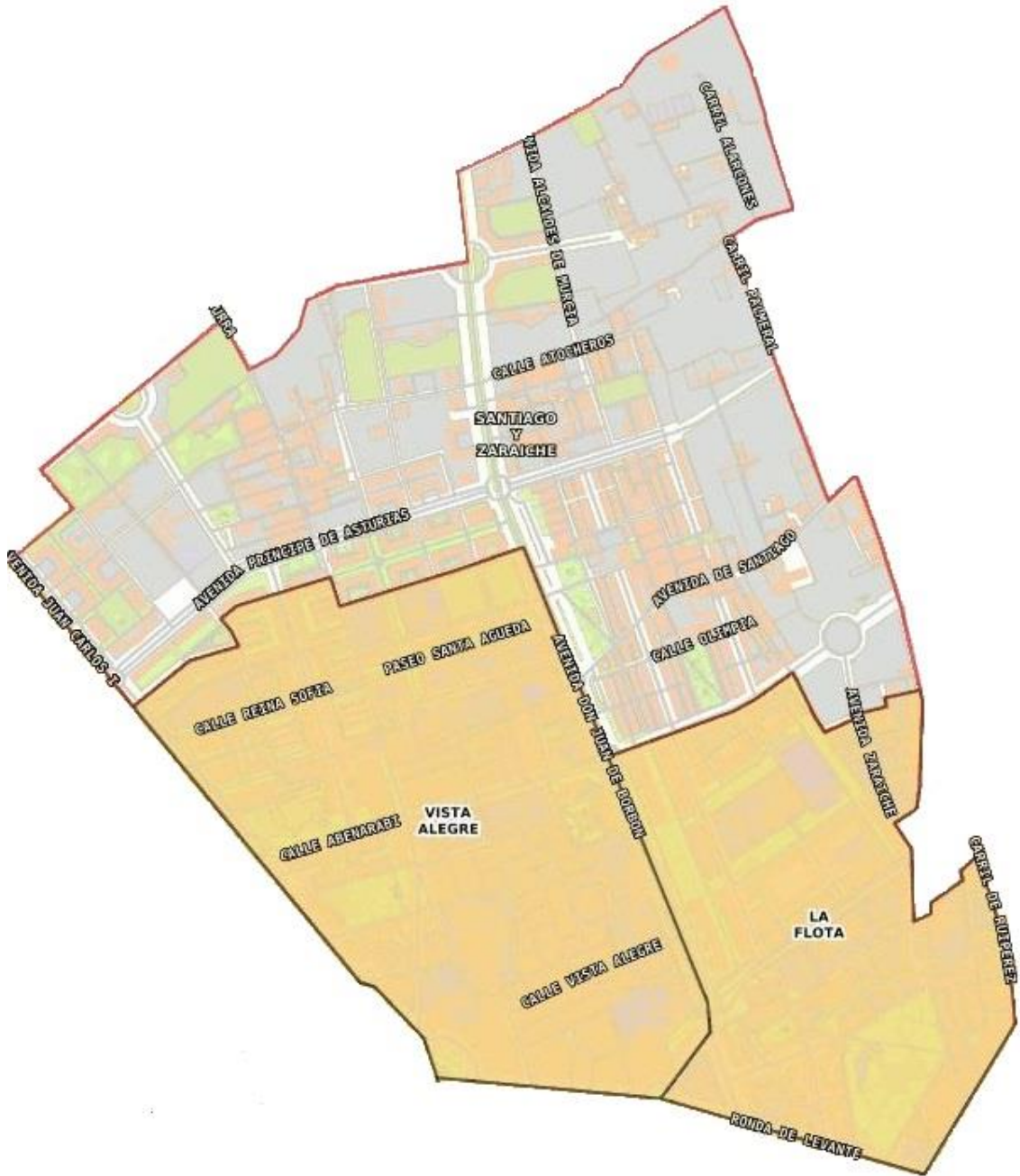
Cada una de las tres unidades geográficas que componen la ZBS ha tenido distintos orígenes y desarrollos. Vista Alegre fue parte importante del desarrollo urbanístico norte de la ciudad en la década de los años 70 nutriéndose principalmente de niveles C y D de la administración pública, técnicos profesionales de apoyo, empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina, trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores, trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas, artesanos, trabajadores cualificados, y huertanos que se incluiría en clase media-baja. La construcción clásica inicial fue grandes edificios que ocupaban manzanas enteras de 4-7 plantas y, en la mayoría de los casos, sin ascensor y sin garaje en el sótano. Las calles son más bien estrechas y poseen muy pocas zonas ajardinadas. Conforme el barrio ha ido desarrollándose se la han incorporado más jardines y calles más anchas. El barrio se caracteriza por una gran oferta del pequeño comercio.

La Flota tuvo su periodo de crecimiento en la década de los 90 y fue pensado como un barrio residencial para clase media alta con profesores, profesiones liberales, puestos medios y medio-altos de la administración pública y empresarios. Su planificación coincidió con una política municipal de urbanismo contenido y respondió a una ordenanza de volumen de edificación bajo, por lo que presenta edificios de 4-5 plantas con bastantes áreas de dúplex, con buena calidad de edificación y abundantes jardines y espacios públicos.

Santiago y Zaraiche, definida como pedanía es, en realidad, la expansión natural norte de la ciudad sin solución de continuidad. Se planificó en la primera década del siglo XXI pero con un cambio importante en el volumen de edificación. El edificio tipo consta de 7-10 plantas, con garaje y calles amplias aunque con pocas zonas ajardinadas. La pedanía sufrió las consecuencias de la burbuja inmobiliaria y la crisis económica y se caracteriza

porque actualmente tiene muchos edificios acabados pero no habitados. Presenta una carencia manifiesta de servicios básicos y de pequeño comercio.

**Ilustración 10. Barrios y Pedanía de la ZBS**

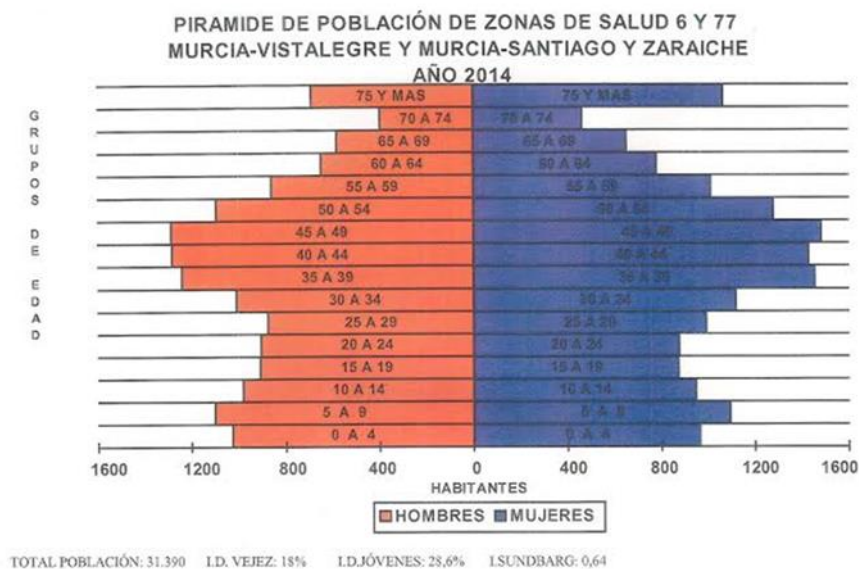


*Obtenida del Servicio de Estadística del Ayuntamiento de Murcia*

La ZBS tiene 31.390 habitantes (Padrón municipal de habitantes. INE. 2014) de los que 3.852 son mayores de 65 años en rango desde 65 a 109 años, siendo en estos grupos de

edad las mujeres más longevas (56,67%) como lo demuestra la pirámide de población dela zona (Ilustración 11).

**Ilustración 11. Pirámide de población de la ZBS**



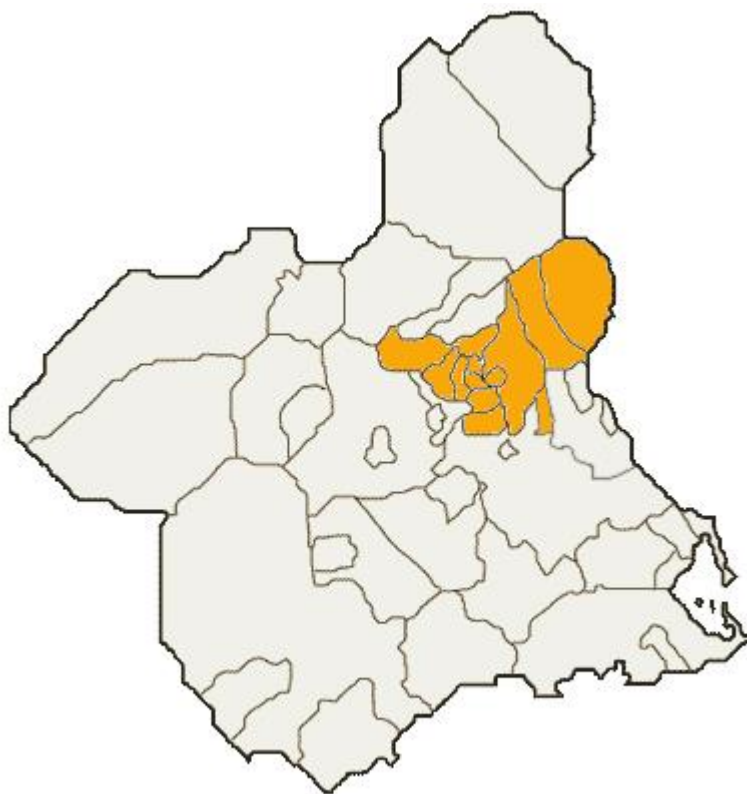
Tomado del Servicio de Estadística del Ayuntamiento de Murcia

El barrio de Vista Alegre es el más populoso, tiene empadronados 14.597 habitantes lo que supone el 46.92% de la ZBS. Le sigue en habitantes Santiago y Zairaiche con 8.367 siendo La Flota el que menos habitantes tiene con 8.148. La población extranjera supone el 8.40% del total de la ZBS y se distribuye de manera desigual entre los barrios; mientras que en Vista Alegre residen 1.628 personas (11.08% del total de la población del barrio) en Santiago y Zairaiche solo lo hacen 580 personas (6.93%) y en La Flota 416 (5.11%). Con todo, la ZBS no se caracteriza globalmente por tener un porcentaje elevado de la población extranjera ya que no llega a la media del municipio (11,94%) con los 52.323 extranjeros residentes.

## 2.5.2. Descripción del Centro de Salud Vista Alegre-La Flota (CSF).

El CSF forma parte del Área Sanitaria VI “Vega Media del Segura” (Ilustración 12) del SMS que ofrece la cobertura poblacional a 243.238 usuarios de TSI (Enero de 2015) y está compuesta por 15 centros de salud y sus respectivos 23 consultorios periféricos, un hospital de referencia (Hospital General Universitario Morales Meseguer) y un Centro de Especialidades (CE “Del Carmen”) ubicado fuera de la ZBS<sup>32</sup>.

*Ilustración 12. Ubicación del Área VI en la Región de Murcia*



### 2.5.2.1. Descripción del entorno

El Centro de Salud Vistalegre-La Flota (CSF) está situado en el barrio de La Flota en un edificio construido específicamente para esa función que fue inaugurado en 1998. Forma parte de un espacio dedicado a servicios públicos en donde se encuentra el IES Alfonso X el Sabio, un Centro de Mayores, la Escuela de Artes y Oficios y el Cuartel General de la Guardia Civil (todos ellos en el barrio de Vista Alegre) y, cruzando la avenida principal que atraviesa la ZBS (Avda. Juan de

<sup>32</sup> Murciasalud. Información general del Área VI. [consultado on line el 09/06/2015] Disponible en [http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar\\_area&id\\_area=6&idsec=4294](http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=6&idsec=4294)



Borbón) se continua con el edificio del Centro de Salud, la Televisión Pública Nacional, un colegio público, otro instituto de enseñanza (IES La Flota) y una extensa área de equipamientos deportivos. Todas las estructuras públicas situadas en La Flota gozan de un área de jardines con arbolado (Ilustración 13).

***Ilustración 13. Vista panorámica del entorno del Centro de Salud Vistalegre-La Flota***



*Tomado de Google Maps*

La puerta principal del CSF está situada en un paseo peatonal (Paseo Ingeniero Sebastián Feringán) que corresponde a su fachada Oeste. La fachada Este da a una calle de tráfico de vehículos y en ella se encuentran las estancias de un equipo de urgencias UME

### **2.5.2.2. Descripción del Edificio**

El edificio consta de una planta baja y una primera planta a la que se puede acceder por escaleras o por ascensor. Ambas se orientan en dirección norte-sur y tienen un patio interior acristalado que favorece la entrada de luz natural a las dependencias.

En la Planta baja, lo primero que se encuentra el usuario es la unidad de recepción-administración que conforma un espacio común. En el pasillo norte se encuentra la Unidad ginecológica de apoyo (UGA) que ofrece servicio a las usuarias de la ZBS y de otras zonas como Zarandona, Churra, Cabezo de Torres, Monteagudo y Espinado. El pasillo Sur tiene la consulta general de enfermería a demanda, el área pediátrica, una sala de usos múltiples, la consulta de la matrona, una zona mixta de extracciones/cirugía menor (quirofanillo no independiente) y las dependencias de la unidad de fisioterapia que también ofrece sus servicios a las mismas ZBS que la UGA.

En la planta superior se encuentra un espacio diáfano único (sin compartimentación alguna) orientado en sentido Sur, que corresponde a la sala de espera de las consultas de medicina de familia y de enfermería en una relación 2:1 y que termina en una salida de urgencias que aboca en una escalera exterior aunque dentro del mismo edificio. En sentido Norte se sitúa un espacio de acceso restringido donde están la Sala de Reuniones/Biblioteca y la Sala de Estar del Personal.

### **2.5.3. Historia del EAP Vistalegre-La Flota**

La historia de este EAP sirve de ejemplo del proceso que ha seguido la APS en España en la transformación de lo que podríamos llamar la “antigua primaria” procedente del SOE a la APS actual del SMS.

Como ya se ha mencionado, en la ciudad de Murcia, al igual que en el resto del país, la prestación de los servicios sanitarios en las grandes urbes se concentraba en los ambulatorios de la Seguridad Social que eran edificios, generalmente anexos al hospital, en los que se atendía pacientes tanto de primer nivel (Medicina General) como de segundo (Atención Especializada).

En aquella época la medicina general se en el “Ambulatorio de la Arrixaca” que estaba integrado en la parte posterior de las plantas primera y segunda de la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca<sup>33</sup> ubicada en el barrio de Vistalegre. A pesar del cierre del Hospital (1975), el Ambulatorio siguió funcionando hasta 1983, de ahí que se le conociera popularmente como el “Ambulatorio de la Arrixaca Vieja”

Durante ese año, los médicos de cabera del Ambulatorio tenían unos cupos asistenciales de unas 1.200 cartillas de la Seguridad Social, lo que equivaldría en la actualidad a un rango de TSI comprendido entre 3.240 y 3.720 TSI. Atendían una media de 80 consultas al día en las dos horas y media asistenciales que disponían en consultas compartidas de mañana o tardes. Para ello, disponían de la ayuda de una auxiliar de enfermería o, incluso a veces, de una enfermera que facilitaban la burocracia de la receta.

---

<sup>33</sup> Inaugurado el 5 de junio de 1967 comenzó a prestar servicio como primer hospital de la Seguridad Social en la Región dependiente del Instituto Nacional de Previsión (INP). Las plantas tercera y séptima, en la parte delantera, estaban dedicadas a hospitalización, con habitaciones de tres camas; algunas habitaciones que daban a los patios interiores, de menor tamaño, eran de dos camas. El total de camas de hospitalización eran 330. La planta octava, de menor tamaño, era la residencia de religiosas. Pero el hospital sólo duró ocho años porque, sin lógica asistencial alguna en una región con un severo déficit de camas y de inversión sanitaria pública, se cerró por las presiones de las “fuerzas vivas” de la provincia que prefirieron ocupar la titularidad de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca, abierta en mayo de 1975 en la pedanía de El Palmar a unos 10 Km de distancia. Diario La Verdad. Cuadernos de Salud. Publicado el 27 de septiembre de 2007

<http://servicios.laverdad.es/servicios/cuadernossalud/pg271007/suscr/nec2.htm> [consultado el 23/07/2015]

Un médico<sup>34</sup> miembro del actual EAP cuenta que, por entonces, *“la mayoría de los asegurados iban solo por recetas y siempre llevaban “tres cartones” (etiquetas de los medicamentos), supongo que sería por una costumbre adquirida de anteriores médicos”*

En el ambulatorio de la Arrixaca vieja también pasaban consulta especialistas de diferentes especialidades como Otorrinolaringología, Oftalmología, Odontología, Ginecología, etc. El compartir un espacio común ambos niveles tenía sus ventajas, como comenta el Dr. Jiménez Candel: *“La única parte positiva de aquella medicina que hacíamos entonces era que, cuando un paciente precisaba asistencia urgente por parte de cualquier especialista, le veían ese mismo día o al día siguiente, en esto hemos ido hacia atrás en vez de hacia delante”*

Un año más tarde, en 1984 se produce el cierre definitivo de todas las dependencias del antiguo hospital y la atención primaria pasa al “Ambulatorio de Vistalegre”, situado a poca distancia del anterior, con las mismas condiciones asistenciales de horario de atención, auxiliar en consulta y tres cartones por paciente aunque dejó de ser norma no escrita: *“me parecía tan ridículo que, poco a poco, mis asegurados se acostumbraron a que les recetara lo que necesitaban para el mes”*. Aunque disminuyó el número de consultas de segundo nivel, se mantenían especialidades como Cirugía General y Pediatría.

De esa manera fue trascurriendo la prestación de la Medicina General hasta que en 1996 se constituye en la misma ubicación el Equipo de Atención Primaria prestando asistencia al principal barrio de la zona (Vistalegre), a otro emergente en pleno inicio de su desarrollo urbanístico (La Flota) y a dos pedanías cercanas: Santiago y Zaráiche por un lado y, por otro, Zarandona que por entonces eran pequeños núcleos rurales con poca población.

El proceso de integración consistió básicamente en aumentar los horarios laborales a 7-8 horas diarias, impartir charlas sobre cómo utilizar las historias clínicas y cómo debía de funcionar el Equipo. Se mantuvieron, por problemas de espacio, consultas compartidas de mañanas o de tardes y se nombró a un coordinador del EAP que pasaba consultas de tardes. A los profesionales se les dio la opción de permanecer como cupo o de integrarse

---

<sup>34</sup> Agradezco el cariño con el que el Dr. D. Pascual Jiménez Candel ha atendido mi solicitud de ayuda para obtener datos de la historia del EAP. D. Pascual, como le conocen sus pacientes, empezó a trabajar en la zona en 1983 y sigue en activo ahora en el EAP. Su aportación de información y opiniones me ha sido muy valiosa.

en la zona pero, la diferencia en las condiciones profesionales, laborales y salariales conducían a la desaparición del cupo.

El Dr. Jiménez Candel describe sobre este proceso: *“En realidad, el único cambio que notamos es que teníamos toda la mañana o toda la tarde para pasar consulta y, por tanto, teníamos tiempo para ir haciendo las historias clínicas y más tiempo para atender las patologías”*.

Ya en 1998 se inauguró el nuevo Centro de Salud Vistalegre-La Flota. El EAP comenzó con ocho médicos de familia y dos pediatras que fue ampliándose conforme creía la población de la zona. Unos años más tarde (2005) este crecimiento, a expensas del barrio de La Flota, en plena expansión, y el también gran desarrollo de la pedanía de Zarandona, hizo necesaria la división del EAP y la separación de Zarandona como Centro de Salud propio. Esto supuso el traslado voluntario de 3 médicos de familia con sus correspondientes enfermeras al nuevo Centro que fue dotado con un cupo asistencial más.

En 2006 tuvo un incremento de plantillas con dos nuevos médicos de Familia y un Pediatra, pasando plantilla a estar formada por 13 Médicos de Familia, 3 Pediatras, 15 Sanitarios no Facultativos (Enfermeros, Matronas y Fisioterapeutas) y 8 efectivos de apoyo (Auxiliares Administrativos y Auxiliares de Enfermería). A pesar de este incremento, ya entonces las propias autoridades sanitarias la consideraban deficitaria<sup>35</sup>

Ese mismo año, en la inauguración del Centro de Salud “Jesús Marín” (Molina Sur) la Consejería de Sanidad anunció que: *“se han iniciado los trámites necesarios para la construcción de otros 14 nuevos centros de salud (...), así como el nuevo Centro de Salud y Especialidades de Santiago y Zairaiche”*<sup>36</sup>. Este nuevo centro iba a cumplir pues con dos necesidades básicas para los usuarios de la ZBS, la descongestión del CSF y el acercamiento del Centro de Especialidades del Área ubicado en el Barrio del Carmen. Cuatro años más tarde (2010), la Consejería de Sanidad informa de que: *“se iniciaron los trámites administrativos para llevar a cabo la redacción del proyecto del centro de alta resolución de Santiago y Zairaiche”*. El, por entonces Presidente de la Comunidad Autónoma (Excmo. Sr. D Ramón Luis Valcárcel afirmó: *“no hay mejor inversión social*

---

<sup>35</sup> Murciasalud. “El SMS aumenta la plantilla del Centro de Salud Vista Alegre”. Declaraciones de Enrique Gallego, director general de Recursos Humanos del SMS. {Consultado on line el 14/06/2015] disponible en <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=84433&idsec=66>

<sup>36</sup> Región de Murcia Digital. Ventana Digital. Inaugurado el Centro de Salud de Molina de Segura dotado con el servicio "Cita Web". 07 de septiembre de 2006. [consultado el 23/01/2015] disponible en: [http://www.vdigitalrm.es/servlet/s.SI?sit=a,0,i,1,c,460,m,1637&r=NoP-15745-DETALLE\\_NOTICIA](http://www.vdigitalrm.es/servlet/s.SI?sit=a,0,i,1,c,460,m,1637&r=NoP-15745-DETALLE_NOTICIA)

que la realizada en la sanidad”<sup>37</sup>. Dos años más tarde, ni siquiera aquellos centros a los que se le había puesto la “primera piedra” en 2010 tenían convocado concurso para dotarlo de equipamientos<sup>38</sup>

Cuatro años más tarde (2014), la Consejera de Sanidad anuncia en la Asamblea Regional que “el año próximo comenzarán las obras de ampliación y mejora de las estructuras asistenciales en el Área VI Vega Media del Segura, cuyo hospital de referencia, el Morales Meseguer, “contará con un nuevo edificio de consultas externas en el que se integrará un nuevo Centro de Salud”.<sup>39</sup> Independientemente del cambio de planes de la Consejería y del sin sentido que tiene construir un centro de salud en un barrio distinto a donde se encuentra la ZBS cuando el Ayuntamiento de Murcia tiene cedido un solar para su construcción en una ubicación adecuada a la pedanía, lo cierto es que el CSF sigue atendiendo a pacientes de Santiago y Zairaiche y que los pacientes derivados a especialistas de zona han de ser atendidos en otro área sanitaria.

#### 2.5.4. Los Recursos Humanos del EAP

En 2012, año en el que se obtienen los datos del estudio de la Tesis, el Equipo de Atención Primaria (EAP) tiene una plantilla de 40 empleados públicos distribuidos en 14 médicos de familia, 4 pediatras, 12 enfermeras, 6 auxiliares administrativos y 4 auxiliares de enfermería (estas últimas comparten tareas y tienen una función dual con la Unidad de Fisioterapia o exclusiva con la Unidad Ginecológica de Apoyo (UGA)). Forman además parte del Equipo un fisioterapeuta y una matrona.

Los facultativos del EAP forman un grupo estable de profesionales con plaza en propiedad en el 78% de los casos, llevando más de cinco años en el EAP el 83% y no se prevé salidas por jubilación en los próximos 5 años.

---

<sup>37</sup> Murciasalud. Nota informativa. “El Gobierno regional invierte más de tres millones de euros en el nuevo Centro de Salud de la pedanía murciana de Aljucer”

<http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=178963&idsec=66>

<sup>38</sup> La Verdad. Diario de noticias La crisis retrasa la apertura de 15 centros públicos. 12 de septiembre de 2012. [consultado on line el 23/01/2015 ] disponible en:

<http://www.laverdad.es/murcia/v/20120912/murcia/crisis-retrasa-apertura-centros-20120912.html>

<sup>39</sup> La Opinión. Diario de noticias. Sanidad construirá un nuevo edificio de consultas externas para el Morales Meseguer. 4 de noviembre de 2014. [consultado on line el 23/01/2015] disponible en

<http://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2014/11/04/nuevo-edificio-consultas-externas-morales/601661.html>

Las enfermeras forman un equipo más heterogéneo tanto en plazas en propiedad como en jubilaciones

El personal de administración presenta altas tasas de interinidad y con frecuentes cambios de personal que les resta estabilidad.

Como unidades de apoyo, el EAP cuenta con un servicio de urgencias (UME) que no presta atención en consulta sino exclusivamente a urgencias en espacios públicos o domicilios y no tiene vinculación alguna con la gestión que efectúa el EAP.

El EAP cuenta además con el apoyo del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), de la Unidad de Salud Bucodental (ambos ubicados en el Centro de Salud de Zarandona (zona básica colindante) y dos centros de Salud Mental (aparte de la Psiquiatría y Psicología de zona): Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de San Andrés y el Centro de Atención a la Drogodependencia de Murcia ubicado en el Área VII (Hospital Reina Sofía). No dispone de Trabajador Social adscrito del SMS y solo cuenta, para tareas de asistencia social básica con las trabajadoras sociales del Ayuntamiento de Murcia que atienden a los vecinos de la zona.

### **2.5.5. Población atendida**

La población adscrita a la ZBS en 2012 (año en el que se efectúa el trabajo de campo de la Tesis) era de 27.049 usuarios<sup>40</sup>. De ella, 22.132 corresponden a cupos de Medicina Familiar, con una media de 1.581 pacientes/cupo pero con un rango que va desde 1.323 a 1.718. Para un análisis con sentido socioeconómico de la zona he preferido emplear la Base de Datos CIVITAS de Tarjeta Sanitaria porque estructura a la población de la ZBS en función del código TSI y, con él, se puede obtener una aproximación del perfil socioeconómico de la zona, ya que este código se asigna en base a la información de 3 bases de datos: del Servicio Murciano de Salud, de la Seguridad Social y de Hacienda.

---

<sup>40</sup> Obtenida de la aplicación "Actualización de cupos" de OMIap a fecha 19/05/2012. Este dato difiere significativamente el dato INE 2014, aparte de corresponder años diferentes, por varias razones: la base de datos OMI puede contener errores de actualización si la comparamos con la de CIVITAS de Tarjeta Sanitaria y, además, no tienen por qué coincidir cualquiera de estas dos bases con el Censo de Habitantes del INE ya que en este último hay pacientes que pueden elegir otros centros sanitarios de otras ZBS, o pertenecer a MUFACE con proveedores privados e incluso incluir a personas que no han tramitado su adscripción al SMS y, a la vez, hay usuarios que están adscritos al CSF y que viven en otras zonas de la ciudad. He optado por la base de datos OMI porque es desde donde se va a realizar el estudio.



Esta codificación no se basa exclusivamente en la cuantía de la nómina o de la pensión, ya que se tienen en cuenta otras posibles percepciones económicas declaradas en la declaración de la RENTA. Se calcula considerando la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del año anterior, además de tener en cuenta el tipo de aseguramiento (activo o pensionista) y la información del INEM referente al subsidio por desempleo<sup>41</sup>. Así, cada código TSI corresponde a una situación específica recogida en el RD 1718/2010 y que fue modificado con el Real Decreto 81/2014 (asistencia sanitaria transfronteriza). La implicación más importante es el porcentaje del PVP de los medicamentos incluidos en la receta oficial que han de abonar cada uno de ellos en función de su código TSI:

- 001 para los usuarios parados de larga duración (exentos de aportación)<sup>42</sup>.
- 002 para los usuarios pensionistas y sus beneficiarios (aportación de un 10 %).
- 003 para los usuarios activos o sus beneficiarios con rentas inferiores a 18.000 euros año (aportación de un 40 %).
- 004 para los usuarios activos y sus beneficiarios con rentas comprendidas entre 18.000 y 100.000 euros (aportación de un 50 %).
- 005 para los usuarios activos y sus beneficiarios con rentas superiores a los 100.000 euros (aportación de un 60 %).
- 006 para los usuarios de mutualidades de funcionarios (aportación de un 30%).
- Otros códigos para situaciones especiales no relacionadas con las condiciones socioeconómicas de la población como ATEP (recetas de accidentes de trabajo o enfermedad profesional) NOFIN (recetas de medicamentos y productos sanitarios no financiados) o DAST (recetas de medicamentos y productos sanitarios prescritas a usuarios en el marco de aplicación de la Directiva 2011/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación

---

<sup>41</sup> PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DEL REINTEGRO DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA AMBULATORIA. Consultado a través de Murciasalud. [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/243447-dudas\\_reintegro.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/243447-dudas_reintegro.pdf) [Consultado el 06/07/2015]

<sup>42</sup> La aportación de los pensionistas cambió desde el 1 de enero de 2015 de manera que su tope aumentó también según los mismos tramos de renta asignados a los activos, estableciéndose el límite máximo mensual entre los 8,23 euros y los 61,75 euros (rentas anuales de más de 100.000 euros).



de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza: los usuarios deben abonar el importe íntegro.»)

Pues según CIVITAS, la población adscrita a la ZBZ en Junio 2015 es de 28.176 personas que se distribuye de manera que el 46.89% tiene un código TSI 003 (12.075 usuarios) seguida de la del código 004 con 9.175 (34.52%) y, en tercer lugar el 002 con 4.528 (16.07%). De los datos se desprende que parados de larga duración inscritos en el INEM apenas suponen el 2,75% (776) del total y que los funcionarios de mutualidades que han elegido la sanidad pública apenas llegan al 2.51% de la población adscrita de la zona (706)<sup>43</sup>

### **2.5.6. Datos de actividad del EAP**

Según resultados de la cartera de servicios de 2012<sup>44</sup>, la frecuentación media del Equipo en Medicina de Familia fue de 3,84 pacientes/año, con una presión asistencial media de 27,58 pacientes/día. El 60% de los pacientes tuvieron que esperar menos de 15 minutos desde su hora de cita para entrar en consulta y sólo un 17% esperó más de 30 minutos. Los médicos de familia practicaron 0,8 consultas domiciliarias/día y el 7% de las consultas atendidas fueron definidas como urgencias<sup>45</sup>.

El EAP obtiene buenos resultados en Cartera de Servicios en la mayoría de los programas de atención a la mujer (embarazo y posparto, anticonceptivos y detección precoz de cáncer de cérvix) y, en otros (detección precoz de cáncer de endometrio o de mama atención al climaterio) no alcanza los objetivos pactados. Sus resultados son peores en los programas de atención a la patología cardiovascular (detección RCV, HTA, Diabetes) Obesidad, EPOC y Atención al tabaquismo. Del resto de actividades incluidas en la Cartera, destaca que el 17% de los cuidadores principales de los pacientes inmovilizados han sido identificados por el EAP (Tabla XX).

---

<sup>43</sup> Agradezco a D<sup>a</sup> María José López Jiménez, responsable de administración del Centro de Salud Vistalegre-La Flota, su ayuda para obtención de estos datos de Tarjeta Sanitaria

<sup>44</sup> Agradezco al Dr. D. Antonio Ferrer Mora, coordinador del EAP, su colaboración para acceder a estos datos

<sup>45</sup> La definición de urgencias en medicina de familia es un término más ambiguo al conocido tradicionalmente, indica todos aquellos casos de pacientes que, por cualquier motivo, sin tener cita previa han solicitado ser atendidos ese mismo día.

**Tabla XX. Resultados de Cartera de Servicios del EAP en 2012**

Descripción	Total Área 6		VISTA ALEGRE		
	ALCANZADO	Pacto	ALCANZADO		OBJETIVO
ATENCIÓN EN CONSULTA DE MF	2012	2011	2011	2012	2014
Demora en la cita para entrar en consulta de medicina de familia	19%	<20%	16%	20%	<20%
Pacientes que esperan menos de 15 minutos para acceder a consulta de MF	61%	>60%	65%	60%	>60%
Pacientes que esperan más de 30 minutos para acceder a consulta de MF	20%	<20%	14%	17%	<20%
Tiempo de atención en consulta de MF/ paciente	5,37	≥7 min	6,16	6,47	≥6 min
Personas atendidas por profesional MF/ día	34,11		28,33	27,58	
Número de consultas por persona y año en MF	5,30		3,80	3,84	
Pacientes atendidos a domicilio por médico de familia /día	0,09		0,07	0,08	
Satisfacción con la atención del medicina de familia	91%	70%			85%
ATENCIÓN EN CONSULTA DE PEDIATRÍA					
Demora en la cita para entrar en consulta de pediatría	3%	<5%	2%	2%	<5%
Pacientes que esperan menos de 15 minutos para acceder a consulta	73%	>68%	77%	69%	>65%
Pacientes que esperan más de 30 minutos para acceder a consulta	11%	<13%	9%	10%	<12%
Tiempo de atención en consulta de pediatría /paciente	6,14	>7 min	6,82	7,25	≥7 min
Personas atendidas por pediatra y día	23,71		20,87	19,27	
Número de consultas por persona en pediatría y año	4,66		4,19	3,88	
Pacientes atendidos a domicilio por pediatra y día	0,00		0,00	0,00	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA					
Personas atendidas por enfermería en C Programada/ día	10,78		6,32	4,86	
Media de pacientes atendidos por enfermería en consultas comunes / día	16,21		11,27	13,36	
Pacientes crónicos atendidos por enfermería (HTA, DM, obesidad, EPOC, inmovilizado, hiperlipemia)	20%	>30%	17%	16%	>25%
Pacientes atendidos a domicilio por enfermero y día	1,60	>3	1,62	1,51	2
Satisfacción del usuario con la atención de enfermería	90%	>80%			85%
Satisfacción del usuario con la atención de personal de administración	75%	>75%			80%
URGENCIAS EN EL CENTRO					

Urgencias atendidas en los centros de AP (EAP)	19%		8%	7%	
Nº total de urgencias atendidas en los centros de AP (PAC, PEA, FESTIVOS, SABADOS)/ Población	0%		5%	0%	
Urgencias atendidas fuera de los centros de AP (EAP)	1%		0%	0%	
Urgencias atendidas fuera de los centros de AP (PAC, FESTIVOS, SABADOS--)	0%		0%	0%	
<b>REVISIONES PERIÓDICAS DEL NIÑO</b>					
Revisiones periódicas en niños de 0 a 2 años- (peso-talla)	95%	95%	92%	92%	95%
Revisiones periódicas en niños de 5 años	63%	80%	51%	64%	75%
Revisiones periódicas en niños de 14 años	39%	50%	21%	25%	50%
Obesidad Infantil	2%		1%	1%	3%
Cobertura en niños de 1 año con detección de metabolopatías	91%	68%	46%	84%	90%
Valoración del desarrollo psicomotor	29%	30%	37%	33%	30%
Valoración de visión	52%	70%	56%	65%	65%
Niños con desarrollo psicomotor anormal	2%		1%	1%	
<b>ASMA INFANTIL</b>					
Menores de 15 años con diagnóstico de asma	9%		10%	10%	
<b>ATENCIÓN AL JOVEN</b>					
Personas entre 15 y 19 años incluidas en el servicio de atención al joven	3%	10%	3%	3%	5%
Mujeres entre 15 y 19 años con apertura de episodio de embarazo	2%		1%	1%	2%
<b>GESTACIÓN</b>					
Seguimiento de embarazada: nuevos de embarazos	109%	95%	101%	104%	95%
Gestantes captadas antes de la 10ª semana	54%	50%	50%	50%	55%
Gestantes con anamnesis y valoración del riesgo obstétrico	80%	75%	78%	74%	75%
Gestantes con embarazo de riesgo	7%		78%	4%	
<b>EDUCACIÓN MATERNAL Y PREPARACIÓN AL PARTO</b>					
Gestantes que asisten al menos a una sesión de educación maternal	43%	55%			50%
<b>ATENCIÓN AL PUERPERIO</b>					
Púerperas con visita puerperal realizada: anamnesis exploración	40%	50%	54%	59%	50%
<b>INF. SEG. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>					
Registro de uso o no de métodos anticonceptivos o información	31%	30%	29%	31%	32%
Tipo método anticonceptivo usado	26%	25%	25%	27%	30%
Embarazos no deseados	5%		3%	4%	
<b>DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CERVIX</b>					

Detección de población de riesgo o no de riesgo para cáncer de cérvix	7%	15%	9%	8%	9%
Mujeres entre 35 y 64 años con al menos una citología	33%	31%	36%	40%	34%
Detección cáncer de cérvix :detección de riesgo entre 25-34 o citología en mayores de 34	28%	25%	31%	36%	28%
Detección de personas con riesgo y sin riesgo para cáncer de cérvix	7%		9%	8%	
Cribado con citología a personas con riesgo para cáncer de cérvix	67%	78%	84%	68%	75%
Cribado sistemático cada 5 años	98%	95%	99%	99%	98%
Consejo de protección	0%	10%	3%	0,5%	5%
<b>DET. PRECOZ CÁNCER DE ENDOMETRIO</b>					
Cribado de cáncer de endometrio en mujeres posmenopáusicas	5%	50%	1%	1%	12%
Mujeres con cribado positivo en el último año	0%		1%	0%	
<b>DET. PRECOZ CÁNCER DE MAMA</b>					
Cobertura: población diana con alguna mamografía	78%	80%	72%	74%	80%
Realización de una mamografía en los dos últimos años	68%	70%	62%	65%	70%
Mujeres con alteraciones sospechosas de patología maligna	1%				
<b>ATENCIÓN AL CLIMATERIO</b>					
Atención al climaterio: cobertura	21%	25%	18%	19%	25%
<b>PREVENCIÓN DE ENF. CARDIO-VASCULARES</b>					
Cobertura: detección de riesgo cardiovascular	46%	50%	47%	49%	50%
Personas con estratificación del riesgo cardiovascular	3%		1%	1%	10%
Riesgo cardiovascular alto	0%		0%	0%	
Riesgo cardiovascular moderado-bajo	1%		0%	0%	
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>					
Cobertura de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial	18%	18%	15%	16%	19%
Hipertensos con dos controles de TA en el año de evaluación	30%	50%	26%	24%	50%
Adecuado control de las cifras de TA	21%	50%	23%	22%	35%
<b>DIABETES</b>					
Atención a diabetes: cobertura	8%	8%	7%	7%	9%
Atención a diabetes: cobertura EN NIÑOS	0%		0%	0%	
Diabéticos con consejos higiénico dietético y educación en diabetes	3%	70%	8%		
Diabéticos con determinación de hemoglobina glicosilada	36%	50%	55%	55%	40%
Hemoglobina glicosilada <= 7%	18%	40%	29%	30%	30%
Hemoglobina glicosilada > 9%	4%	<3%	5%	5%	10%

<b>DISLIPEMIAS</b>					
Diagnóstico de hipercolesterolemia	19%	18%	15%	16%	19%
Hipercolesterolemia con determinación de c-LDL	28%		47%	42%	
Colesterol total menor de 200 mg / dl en ultimo control	18%	25%	24%	25%	25%
<b>OBESIDAD</b>					
Pacientes con obesidad	6%	7%	5%	5%	8%
Obesos con IMC <30 en la última revisión	2%	5%	2%	1%	5%
<b>E.P.O.C.</b>					
Diagnóstico de EPOC	2%	3%	1%	1%	3%
EPOC con criterios diagnósticos espirométricos	5%	50%	6%	0%	50%
Pacientes con diagnóstico de EPOC con espirometría en el año evaluado	4%	15%	3%	4%	15%
EPOC con consejos higiénicos	1%	15%	0%	1%	15%
<b>ASMA DEL ADULTO</b>					
Adultos con diagnóstico de asma	5%		4%	5%	
<b>ARTROSIS</b>					
Personas con artrosis primaria	16%		13%	14%	
<b>ATENCIÓN AL TABAQUISMO</b>					
Personas fumadoras	6%	10%	5%	6%	10%
Fumadores con oferta de ayuda	1%	20%	0%	0%	20%
Fumadores con valoración inicial	0%		0%	0%	
Fumadores que abandonan el hábito de fumar	100%		100%	100%	
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>					
Consumo excesivo de alcohol	1%	2%	1%	1%	1.5%
Consumidores de alcohol con test de CAGE	4%		7%	5%	10%
Bebedores con CAGE positivo y cuestionario de MALT realizado	37%	35%	25%	29%	30%
Bebedores con consejo de abandono de consumo	2%	75%	1%	0%	50%
Consumidores de alcohol con cuantificación anual del consumo de alcohol	0%	75%	0%	0%	25%
<b>ATENCIÓN A INMOVILIZADOS</b>					
Número de pacientes inmovilizados atendidos en domicilio	4%	9%	6%	1%	9%
Pacientes inmovilizados atendidos por primera vez en el periodo evaluado	43%		31%	67%	
Identificador del cuidador y valoración de sobrecarga del cuidador	30%	25%	17%	17%	30%

Inmovilizados con valoración sociofamiliar	73%	55%	25%	67%	70%
Inmovilizados con valoración funcional y de los patrones funcionales de salud	10%		17%	0%	20%
Inmovilizados con plan de cuidados y revisión del plan	6%	15%	3%	0%	25%
Inmovilizados con úlcera por presión en el último año	35%		17%	0%	
<b>ATENCIÓN EN SITUACIÓN TERMINAL</b>					
Pacientes en situación terminal	0,07%	0,15‰	0,00%	0,00%	0,15‰
Personas en situación terminal con valoración sociofamiliar	56%	50%	0%	100%	58%
Pacientes en situación terminal con plan de cuidados y revisión del plan	1%		0%	0%	
<b>DET. PROBLEMAS EN PERSONAS MAYORES</b>					
Prevención y detección de problemas en mayores	7%	30%	3%	1%	10%
Personas mayores con riesgo detectado	4%		1%	0%	
<b>CALENDARIO VACUNAL INFANTIL</b>					
Menores de 15 años con alguna dosis de vacuna	87%	95%	81%	84%	95%
Menores o iguales de 6 años que están correctamente vacunados	88%	95%	96%	0%	95%
Niños entre 7 y 14 años (ambos inclusive), que están correctamente vacunados	90%	88%	90%	0%	93%
<b>OTRAS INMUNIZACIONES PROGRAMADAS</b>					
Población correctamente vacunada de gripe	43%	50%	45%	42%	50%
Mayores de 60 años vacunados contra neumococo	35%	40%	41%	39%	36%
<b>EDUCAC PARA LA SALUD EN LA ESCUELA</b>					
Centros docentes participantes en plan de educación	100%				
Educación diabetológica	1%		0%	0%	4%
<b>CIRUGIA MENOR</b>					
Procedimientos de Suturas	0%		0%	0%	
Procedimientos de crioterapia, infiltraciones o electrocirugía	1%		1%	1%	
Procedimientos tipo curetaje, afeitado, cirugía de uñas, escisión de lesión superficial, punch o extirpación de lesión subcutánea	0%		0%	0%	
Procedimientos de cirugía menor con anamnesis peroperatoria y consentimiento informado	25%	50%	41%	50%	50%
<b>PREVENCIÓN DE CARIES INFANTIL</b>					
Niños incluidos en el servicio de prevención de salud buco dental	11%		6%	8%	

Aplicación de flúor	79%	75%			80%
Sellado de fisuras	37%	70%			70%
<b>REHABILITACIÓN FISIOTERAPÉUTICA</b>					
Pacientes con al menos una visita en fisioterapia	0,1%	1%	1%	1%	1%
Atendidos en fisioterapia con identificación de problema	97%	95%	97%	97%	95%
Número de reclamaciones por problemas de Accesibilidad	0%				

### 2.5.7. Actividades comunitarias

Las actividades que realiza el EAP en este ámbito son originadas desde los propios profesionales, las obligadas por la cartera de servicios del Área o a instancias de alguna solicitud de centros educativos. Las más destacadas son:

- Proyecto ATENCOM.

Con el objetivo de desarrollar la Atención Comunitaria desde la consulta del Médico de Familia, el proyecto introdujo la “prescripción” del asociacionismo en la actividad diaria del médico de familia durante la atención directa a pacientes que, por su problema de salud, pudieran beneficiarse de su integración en alguna asociación de pacientes con su mismo problema.

Esta práctica se basa en la simbiosis que se establece entre el paciente, su médico y la asociación correspondiente. La asociación ofrece una mejora de unos recursos de apoyo que el sistema sanitario no puede alcanzar y el efecto de compartir problemas y situaciones familiares, económicas o sociales con otras personas que situación parecida, lo que puede contribuir a aumentar su empoderamiento. El médico, que observa esas deficiencias en el paciente, mejora su efectividad al apoyarse en las asociaciones y estas aumentan sus asociados, se fortalecen, aumenta su protagonismo social refuerza su capacidad de interlocución con la administración y las empresas y, por ende, mejora sus servicios. De esta manera, el médico, desde su consulta, está fortaleciendo el tejido social.

Para poder “prescribir” una asociación, el proyecto identificó a todas las asociaciones sociosanitarias que tuvieran a la ZBS dentro de su área de influencia, realizó entrevistas semiestructuradas presenciales con todas ellas y las analizó con un método similar al que se emplea para la prescripción farmacéutica mediante la elaboración de una “ficha técnica” de cada una recogiendo servicios (indicaciones) forma de contacto (presentación) y efectos secundarios.

La información obtenida la incluyó en un protocolo del programa informático de la consulta (OMI-AP a través de la aplicación OMI-PRO) y quedó a disposición de cualquier médico de familia que atendiera pacientes en el centro de salud.

También se pretendió hacer un seguimiento durante un año de los pacientes incorporados para evaluar de la satisfacción de los actores implicados, usuarios y médicos y para comprobar las mejoras, tanto en la vida cotidiana como en el control de su problema de salud, de los pacientes incluidos frente a un grupo control (estudio de cohorte) .

Esta última parte del proyecto no se pudo llevar a cabo por un imponderable absolutamente imprevisto cuando se inició en 2008. Los presupuestos regionales de 2012 recortaron drásticamente las subvenciones a la mayoría de asociaciones de pacientes de la Región y muchas, sobre todo las que no tenían un centro asistencial, tuvieron que dejar de ofertar parte de sus servicios y prestaciones<sup>46</sup>

- Actividades impulsadas por la administración.

Incorporo aquí a aquellas actividades de promoción de la salud que, o forman parte del contrato de gestión del EAP con su Gerencia de Área y que están incluidas en su cartera de servicios (educación sanitaria grupal para la preparación al parto de las embarazadas) o bien son impulsadas directamente de servicios centrales de la administración como el programa ARGOS (prevención del consumo de alcohol en adolescentes y embarazadas)<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Europa Pres. FAMDIF desaparecerá de forma "inmediata" y dejará de prestar servicios por el recorte del 54% de fondos de la Comunidad. <http://www.europapress.es/murcia/noticia-famdif-desaparecera-forma-inmediata-dejara-prestar-servicios-recorte-54-fondos-comunidad-20120621142215.html> [consultado el 02/07/2015]

<sup>47</sup> Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Programa ARGOS. <http://www.e-drogas.es/documents/10156/9d5f6c41-6fe3-4239-90fb-09eeb23b9b59> [consultado el 02/07/2015]



- Actividades de colaboración con colegios e institutos de la ZBS.

Tras experiencias de otros años que abrieron una vía de comunicación entre centros educativos y sanitarios como fueron un taller sobre Gripe A o Información sexual para la prevención de los embarazos no deseados en adolescentes, el EAP tenía una línea permanente de comunicación con las direcciones y AMPAS de dos de los tres institutos públicos de la ZBS con la intención de programar actuaciones conjuntas que, con sentido transversal y adaptando la metodología del Plan Regional de Educación para la Salud a las circunstancias y posibilidades propias del entorno, pretendían el abordaje común de un conjunto de temas que el grupo impulsor de las actividades definió como importantes.

Una situación ajena al grupo abortó esta actividad. La nefasta política de recursos humanos que aplicaron tanto Consejería de Sanidad como la de Educación, desmotivaron a unos profesionales que pretendían dedicar tiempo y esfuerzo a esta empresa en su tiempo libre y de forma completamente voluntaria. En 2012 el grupo quedó en “espera” para cuando la situación sociopolítica fuera más favorable al desarrollo de estos proyectos. En 2015 el grupo continúa a la “espera”.

Otra actividad en este ámbito es la colaboración de los pediatras del centro con los colegios públicos de la ZBS. Se mantiene una colaboración con las AMPAS y las direcciones de los mismos centrada sobre todo en la mejora de la alimentación de los niños. El primer curso 2010-1011 se hizo una intervención en el Colegio Luis Costa, respecto a los menús, con una encuesta a padres, actividad con el APA sobre La Dieta Mediterránea y finalmente se cambió el menú. La dirección del centro no fue nada colaboradora, pero una enfermera del EAP estaba en la comisión de comedor y trabajó mucho a los padres.

El curso siguiente en el Colegio La Arboleda, se hicieron unos talleres sobre Higiene dental, con una muy dificultosa colaboración del Higienista, y de los alimentos, su contenido, leer un etiquetado, las golosinas, etc.

En el 2013-2014, junto con una compañera del Servicio de Urgencias, dos enfermeras y una pediatra del EAP, se hizo un taller de Reanimación Cardiopulmonar Básica en dos grupos de profesores y padres.

Durante este curso aprovechando la disponibilidad el nuevo Fisioterapeuta del EAP se ha elaborado un protocolo, para trabajar en el colegio creó que el público La Flota, hábitos posturales correctos.

La percepción de los profesionales<sup>48</sup> que intentan hacer pediatría comunitaria no es todo lo positiva que debería ser. Son conscientes de que, contrariamente a lo que se pide en metodología de Educación para la Salud (EpS), no hay continuidad y depende de la voluntariedad del responsable de EpS del centro educativo. Los centros educativos no tienen un plan y lo que suelen solicitar son colaboraciones para que los profesionales del EAP vayan a impartir charlas típicas sin más pretensión que cubrir una necesidad puntual. Generalmente los profesionales sanitarios del EAP tratan de reorientar esa necesidad buscando la transversalidad y colaboración mutua entre docentes y sanitarios, pero solo a veces se consigue. Uno de los principales problemas para realizar estas acciones es la disponibilidad de horario; los sanitarios sólo pueden participar fuera del horario de consulta asistencial lo que dificulta mucho la colaboración con los profesionales de los centros educativos.

Dos últimas informaciones para comprender la situación en este ámbito del EAP. Como se comentó anteriormente, hasta 2012 el Centro de Salud permanecía abierto en horario de tardes en virtud de la jornada deslizante de atención a pacientes, esto permitió la cesión de la Sala de Usos Múltiples a asociaciones sociosanitarias de la ZBS en ese horario. Durante cuatro años, el Centro acogió las reuniones de la Asociación LACTANDO<sup>49</sup>, dedicada a la sensibilización, formación y ayuda a las mujeres embarazadas y con niños pequeños en el fomento de la lactancia natural. El cierre de las dependencias del Centro en ese horario acabó también con esta colaboración y la asociación se tuvo que reubicar en el Centro Social de Santiago y Zaráiche.

Por último, un dato muy esclarecedor de la situación del centro es la ausencia, desde la misma formación del EAP, de la figura de Trabajadora Social. Como se ha indicado en la descripción de la ZBS, los problemas de asistencia social son

---

<sup>48</sup> Agradezco a la doctora Rosa Pérez Tomás, pediatra del EAP Vistalegre-La Flota, la información aportada y sus aportaciones.

<sup>49</sup> El blog de Lactando. <https://lactando.wordpress.com/reuniones-de-madres/> [consultado el 22/07/2015]

tan serios en el Barrio de Vista Alegre como en cualquier otro barrio populoso de la ciudad pero sus habitantes nunca han contado con un verdadero equipo multidisciplinar. Las necesidades detectadas son derivadas a la trabajadora social del Ayuntamiento que recibe a personas con problemas dos días a la semana en el Centro de Mayores del barrio y, en aquellos casos de índole más sanitaria, el EAP solo cuenta con una de las dos trabajadoras sociales del Hospital Morales Meseguer.

Desde 2005 tiene acreditada la docencia para la formación de Residentes MIR. Admite tres o cuatro Residentes/año en función de las promociones y disponibilidad de los tutores. En los últimos años, las plazas ofrecidas por el equipo docente en Medicina Familiar y Comunitaria han sido todas seleccionadas por los Residentes que han ocupado las primeras 6 posiciones a la hora de la elección de centro docente.

El equipo docente en Medicina Familiar también ha recibido MIR de otras especialidades como Endocrinología, Traumatología, Otorrinolaringología, Rehabilitación o Medicina del Trabajo. En los últimos años se ha establecido una colaboración especial con PIR (Residentes en Psicología clínica). También recibe otros Residentes en MFYC en sus rotaciones por centros urbanos.

Desde 2006 forma parte del convenio firmado por el SMS con la Universidad de Murcia (UMU) para la formación práctica del pregrado y recibe alumnos del departamento de Ciencias Sociosanitarias que cursan sus estudios en primero, tercero o cuarto de carrera<sup>50</sup>.

La satisfacción de los usuarios del Área con la Atención recibida en medicina de familia alcanzó el 91%

---

<sup>50</sup> Agradezco al Dr. Manuel Sánchez Pinilla sus aportaciones y revisión de este apartado de la Tesis

### **3. Justificación y fundamentos metodológicos de la primera parte de la tesis.**

La Declaración de Alma-Ata definió la atención primaria de salud como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud. Esta ambición, que lanzó el movimiento de “salud para todos”, suponía que una política clara y novedosa podría incrementar el nivel de salud de las poblaciones desfavorecidas y, de ese modo, conducir al desarrollo general (80)

Para ello, se introdujo un cambio en el modelo de atención médica para incluir factores sociales y económicos, y se reconoció que las actividades de las organizaciones de la sociedad civil podían mejorar la salud de la población, siempre y cuando se respetaran dos condiciones básicas: la equidad en el acceso a la atención y la eficacia en la prestación de los servicios.

Chan también afirmaba que *“ante todo, la atención primaria de salud ofrecía una forma de organizar toda la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención era tan importante como la curación y en la que se invertían recursos de modo racional en los distintos niveles de atención”* (Chan, 2008, p 865)

La APS ha de estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad (Martín Zurro, 1989, p 6)

Esto implica que el modelo de APS ha de ser entendido desde distintas perspectivas; es un conjunto de actividades, que engloba desde nutrición adecuada hasta cuidados materno-infantiles o tratamiento básico, un nivel de asistencia (primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema sanitario), una estrategia (los servicios sanitarios han de buscar la equidad y su máxima accesibilidad, manteniendo una relación costo-efectiva) y, sobre todo, es una filosofía (el derecho a la salud para todos los ciudadanos) (110).

El modelo de Atención Primaria estableció un conjunto de elementos conceptuales que afectan al sistema sanitario, a la comunidad y a la atención personal. Entre ellos, destacan: Universalidad, Accesibilidad, Primaria, Núcleo principal del sistema, Puerta de entrada al sistema, Coste soportable por la comunidad. Científicamente fundada,

Metodología aceptable, Tecnología adecuada y Atención a la comunidad y Participación ciudadana. Sobre estos conceptos, se han ido aportando nuevas ideas o madurando conceptualmente las existentes has configurar un vasto conjunto de elementos interrelacionados en el que se incluye: Equipo de Atención Primaria (EAP), trabajo en equipo multidisciplinar, Unidad Básica de Atención (UBA), consejos de salud, mapa sociosanitario, autorresponsabilidad, empoderamiento, Gatekeeping, longitudinalidad, integralidad, coordinación asistencial, Medicina Basada en la Evidencia, Área de Salud, Zona Básica de Salud (ZBS), Gestión Clínica, Guía de Práctica Clínica, Protocolización, Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP), Historia clínica Electrónica (HCE), Evaluación, optimización de recursos, Uso racional del medicamento (URM), prevención de la enfermedad y promoción de la salud, Educación para la Salud (EpS), cribado en personas sanas, sobrediagnóstico, sobretratamiento, cascada diagnóstico terapéutica, protección radiológica, farmacovigilancia, médico centinela, equidad, Derechos y deberes de los pacientes, formación continuada, docencia MIR, etc.

Estos y otros muchos elementos, en menos de cuarenta años de la propuesta de Alma-Ata, han ido estableciendo un gran marco conceptual que define el trabajo actual del médico de familia. No es intención de esta Tesis hacer una evaluación completa del modelo sino seleccionar algunos elementos que puedan aportar una aproximación a la realidad práctica de cómo se aplica la APS en una ZBS concreta ante un problema de salud específico.

La tesis se presenta dentro de un esquema de razonamiento deductivo que intenta llegar desde lo general (abstracto) a lo particular para, desde ahí, establecer unas conclusiones lógicas que permitan analizar el proceso en sentido contrario, evaluando los resultados particulares comparándolos con el marco general.

De los elementos conceptuales, algunos vienen determinados por la política sanitaria global (nacional o autonómica) y afectan por igual a todos los pacientes sea cual sea su problema de salud; otros, en cambio, sí que son analizables desde una atención concreta. Entre los primeros se encuentran universalidad, esencial, puerta de entrada al sistema o, entre otros, núcleo principal (eje) del sistema. Estos ya han sido analizados en capítulos anteriores. Los segundos sí que pueden estar más o menos representados en la práctica concreta de la atención que reciben los pacientes.

En función de los objetivos de la tesis, voy a desarrollar aquellos que van a ser motivo de análisis específico: accesibilidad, metodología, evidencia científica, tecnología y participación ciudadana.

### **3.1. Participación ciudadana.**

En Alma-Ata se propuso que, para cumplir con el modelo de Atención Primaria de Salud, era necesario: *“la participación en la planeación, organización, operación y control de la atención primaria de salud, haciendo un uso completo de los recursos locales y nacionales disponibles; para este fin se promocionará la adecuada educación y aumento de la participación ciudadana”*. Sin la integración de los ciudadanos en la toma de decisiones la gestión de la sanidad pública ha pecado de impunidad, de desprecio por la explicación razonada de las decisiones adoptadas y de tendencia al nepotismo<sup>51</sup>.

La Participación ciudadana comprende dos grandes campos de actuación: participación en la toma de decisiones sobre la salud, definida mejor como Participación Comunitaria, y la Participación en el control de la gestión de la sanidad pública.

Con la Ley de Salud de la Región de Murcia (4/1994) se inicia la ordenación de la administración sanitaria autonómica otorgando un papel importante a la participación comunitaria, al punto que, ya en sus principios informadores del título preliminar, se menciona a la misma (art. 2.f).

Su artículo 11 desarrolla esto con la creación del Consejo de Salud de la Región de Murcia, dotándolo de estructura y funciones. Así, establece que su presidente (consejero de sanidad o, por delegación, el gerente del Servicio Murciano de Salud) debe nombrar, una vez oídos los representantes a cuatro representantes de la Administración, tres representantes de la Federación Regional de Municipios, cuatro representantes de las centrales sindicales, dos representantes de las organizaciones empresariales, dos representantes por las asociaciones de vecinos, un representante por las organizaciones de consumidores y usuarios, cinco representantes del conjunto de los colegios

---

<sup>51</sup>“predilección exagerada que algunos funcionarios en actividad que ocupan cargos públicos poseen respecto a su familia, allegados y amigos a la hora de realizar concesiones o contratar empleados estatales. En estos casos, el individuo que accede a un empleo público logra el objetivo por su cercanía y lealtad al gobernante o funcionario en cuestión, y no por mérito propio o capacidad”.

<http://definicion.de/nepotismo/#ixzz3efENg0sJ>

profesionales, un representante por las sociedades científicas regionales, un representante de la Universidad de Murcia, un representante de cada una de las Áreas de Salud en que se divide la Región de Murcia, un representante de las entidades de enfermos crónicos y un representante de las asociaciones de voluntariado. Esta ley otorga al Consejo funciones de conocimiento, información y asesoría pero sin capacidad fiscalizadora ni resolutive alguna, con lo que ya se creó sin participación efectiva en el control de la actividad de gobierno ni en sus políticas ni en su gestión.

En el artículo 14 de la mencionada ley también incorpora la creación de los consejos de salud de área como órganos de participación, también separados de las funciones de dirección y gestión, y con una estructura más reducida: cuatro representantes de la Administración, cuatro representantes de los ayuntamientos del Área de Salud, dos representantes de las organizaciones sindicales, dos representantes de las organizaciones empresariales, un representante de las asociaciones de consumidores y usuario y un representante de las corporaciones profesionales sanitarias. Estos Consejos de Salud de Área les competen el asesoramiento, consulta, seguimiento y supervisión de la actividad de la respectiva Área.

Por último, en su artículo 19 también recogía la creación de los Consejos de Salud de Zona como órganos de participación de carácter social cuya regulación la ley deja a un orden posterior de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, garantizando adecuadamente la presencia de las corporaciones locales y las entidades ciudadanas.

Esta Ley ha tenido hasta la actualidad cinco revisiones, en la del 2009 la participación sindical en el Consejo de Salud Regional ya había aumentado como consecuencia de la Ley del Personal Estatutario del SMS y se incorporó un miembro más de las asociaciones de consumidores y usuarios. Así mismo, como consecuencia de la disposición final primera de la Ley 3/2009, 11 mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia («B.O.R.M.» 20 mayo), cambia la redacción de los consejos de salud de zona a: *“Excepcionalmente, una vez constituidos los Consejos de Salud de Área, a iniciativa de éstos y mediante Decreto del Consejo de Gobierno, se podrán crear consejos de salud de zona, como órganos de participación y apoyo, en aquellas zonas de salud en que concurran especiales circunstancias orográficas, económicas, sociales, demográficas o sanitarias que hagan aconsejable o necesario su constitución y siempre que su demarcación territorial coincida con el término municipal”*



La Ley 33/2011 de 4 de octubre General de Salud Pública, en su artículo 5 también reconoce el Derecho de participación a *“Los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen, tiene derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública. Las Administraciones públicas competentes establecerán los cauces concretos que permitan hacer efectivo ese derecho”*.

En 2013, desde los responsables sanitarios se sigue manteniendo la necesidad de la creación de los consejos de salud de zona para fomentar la participación de la población en la planificación y funcionamiento de los EAP (181) pero lo cierto es que aún no se han creado salvo experiencia de un Consejo Municipal de Salud en Molina de Segura que no tiene relación alguna con la propuesta esta propuesta, pertenece a otro área sanitaria y su génesis y desarrollo parten de principios diferentes.

### **3.1.1. Participación en el proceso de tomas de decisiones sobre la salud.**

La Participación Comunitaria como componente fundamental de la Medicina Comunitaria es la heredera directa de la filosofía propia de Alma-Ata, así como el instrumento para mejorar las desigualdades en salud de la población a partir del empoderamiento de la comunidad para solucionar sus propios problemas mediante procesos de desarrollo comunitario.

La participación comunitaria es un medio y un instrumento necesario para abordar los problemas de salud en una concepción biopsicosocial y ecológica del proceso salud/enfermedad. Su intención última es el desarrollo comunitario que permita disminuir las desigualdades en la salud de la población. Por tanto, la participación comunitaria en salud no debe centrarse en los servicios sanitarios, sino abarcar otros sectores y condiciones sociales directamente relacionadas con el estado de salud de la población y sus condiciones de vida (182).

### **3.1.2. Participación en el control de la gestión.**

Esta expresión política de la soberanía popular se sustenta en el artículo 9.2 de nuestra Constitución de 1978: *“Corresponde a los poderes públicos (...) facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política económica, cultural y social”* o el artículo 9.dos.e) del Estatuto de Autonomía de nuestra Región: *“La Comunidad Autónoma, en el ámbito de su competencia y a través de sus órganos,*

*velará por facilitar la participación de todos los murcianos en la vida política, económica, cultural y social de la Región.”*

La Ley 12/2014 de Transparencia y Participación de la CARM<sup>52</sup>, en su artículo 30.2, desarrolla los derechos a la participación de los ciudadanos: *El derecho de los ciudadanos a participar en los asuntos públicos implicará, en los términos que se determinen de conformidad con la normativa aplicable y a los efectos de esta ley:*

*a) El derecho a participar en la planificación, seguimiento y la evaluación de los programas y políticas públicas.*

*b) El derecho a participar de manera efectiva en la elaboración, modificación y revisión de anteproyectos de ley, disposiciones de carácter general, planes, programas y otros instrumentos de planificación en los que se prevea su participación, así como a acceder a información relevante sobre estos últimos.*

*c) El derecho a promover iniciativas normativas.*

*d) El derecho a formular alegaciones y observaciones en los trámites de exposición o audiencia pública que legalmente se abran para ello.*

*e) El derecho a aportar propuestas de actuación o sugerencias de mejora de la calidad de los servicios públicos.*

*f) El derecho a ser informado sobre los distintos instrumentos de participación y colaboración ciudadanas existentes.*

*g) El derecho a que se haga público el resultado definitivo del procedimiento en el que haya participado”.*

La Ley también abre las puertas a una condición necesaria para la participación ciudadana como es la publicación de ciertos datos de políticas y gestión desarrolladas desde la administración. Esto se ha materializado ya con el Portal de Transparencia al que se puede acceder desde CARM.es<sup>53</sup>. El tiempo y los hechos

---

<sup>52</sup> Ley 12/2014, de 16 de diciembre, de Transparencia y Participación Ciudadana de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BORM num 290 de 18 de diciembre de 2014

<sup>53</sup> Transparencia Región de Murcia.

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=2517&IDTIPO=140&RASTRO=c\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=2517&IDTIPO=140&RASTRO=c$m)

deberán acreditar si el portal cumple con las características que la democracia y la transparencia en la gestión exigen.

## **3.2. Accesibilidad**

Consiste en la facilidad con que puede recibirse la atención necesaria, en función de limitaciones económicas, sociales, organizativas, geográficas, temporales o culturales. Un centro asistencial que posea la mayor cualificación de sus profesionales y los recursos más avanzados, no aporta valor a una población que no pueda recibir atención en el mismo(183).

### **3.2.1. Barreras a la accesibilidad**

Se han identificado diferentes tipos de barreras que dificultan la accesibilidad, como las propuestas por Smith<sup>54</sup> (intrínsecas –vinculadas a la funcionalidad física, psicológica o cognitiva de la persona-, ambientales –condiciones físicas o sociales del medio- e interactivas –vinculadas a habilidades requeridas ante determinadas actividades-) o las contenidas en el libro verde de la accesibilidad en España(184):

- Barreras arquitectónicas: son los impedimentos que se presentan en el interior de los edificios frente a las distintas clases y grados de discapacidad.
- Barreras urbanísticas: son los impedimentos que presentan la estructura y mobiliario urbanos, sitios históricos y espacios no edificados de dominio público y privado frente a las distintas clases y grados de discapacidad.
- Barreras en el transporte: son los impedimentos que presentan las unidades de transporte particulares o colectivas (de corta, media y larga distancia), terrestres, marítimas, fluviales o aéreas frente a las distintas clases y grados de discapacidad.

---

<sup>54</sup> Smith RW. Leisure of disable tourists: Barriers to participation. *Annals of Tourism Research*. 1987;14 (3): 376–389

- Barreras en las telecomunicaciones: son los impedimentos o dificultades que se presentan en la comprensión y captación de los mensajes, vocales y no vocales y en el uso de los medios técnicos disponibles para las personas con distinta clase y grado de discapacidad.

La accesibilidad también viene determinada por el concepto de “Diseño para Todos” que surge en la Reunión del Grupo de Expertos de Diseño libre de Barreras” celebrada en New York en 1974 sobre la necesidad de eliminar obstáculos físicos a las personas con discapacidad. En el mismo intervienen aspectos relacionados con la arquitectura, el urbanismo y el paisajismo. En España, con la Ley 39/2006, conocida como Ley de Dependencia (3), los aspectos de eliminación de las barreras físicas son de obligado cumplimiento para las administraciones públicas.

### **3.2.2. Accesibilidad geográfica**

La accesibilidad geográfica se puede medir mediante el cálculo de la distancia a recorrer para los usuarios desde su lugar de residencia hasta el servicio sanitario más cercano y, aunque hay otros procedimientos (185). Pero también hay que plantearse otros marcadores como el transporte público o la posibilidad de aparcamiento de vehículos.

### **3.2.3. Efecto de las Nuevas Tecnologías**

También determina la accesibilidad los conceptos relacionados con las nuevas tecnologías tanto a la hora de acceder a una información como de solicitar un servicio sanitario. En este tema, es importante evaluar los sistemas de solicitud de cita previa (telefónica –en el centro de salud o en los servicios automatizados call-center- y electrónica –Murciasalud<sup>55</sup>-)

---

<sup>55</sup> Cita previa en centros desalud. <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=110928&idsec=46>

### **3.2.4. Listas de Espera**

Una última dimensión de la accesibilidad es la relacionada con el funcionamiento de los servicios sanitarios lo que, en términos operativos, corresponde al concepto de listas de espera. El concepto y su desarrollo vienen regulados por dos acciones legislativas, una estatal (186) y otra autonómica (187).

El Decreto 25/2006, desarrolla la normativa básica estatal en materia de información y define la lista de espera como “El conjunto de pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica, consulta o prueba diagnóstica, cuya demora es atribuible a la organización y recursos disponibles” (Art.2.1). Entiende como recursos disponibles a los proporcionados por Red Sanitaria de Utilización Pública de la Región de Murcia, esto es, al conjunto de centros asistenciales dependientes tanto del Servicio Murciano de Salud como de entidades públicas y privadas que, en virtud de disposición o pacto, queden obligados a la prestación de los servicios sanitarios que se determinen respecto a los beneficiarios de asistencia sanitaria pública a cargo del Servicio Murciano de Salud (Art 2.5)

Se crea, adscrito al Servicio Murciano de Salud, el Registro de pacientes en lista de espera, en el que estarán incluidos todos los pacientes pendientes de consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas incluidas en el ámbito de aplicación de este Decreto. Dicho Registro entrará en funcionamiento en la fecha que determinen los órganos competentes del Servicio Murciano de Salud, una vez adoptadas las medidas técnicas y organizativas a que se refiere el apartado 3 de este artículo (Art. 4.1) El Registro será único para todo el ámbito del Servicio Murciano de Salud, si bien será gestionado de forma descentralizada por cada uno de los Hospitales integrados en la Red Sanitaria de Utilización Pública de la Región de Murcia (Art. 4.2)

Las listas de espera tienen regulados unos plazos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias de carácter programado y no urgente: Intervenciones quirúrgicas: 150 días naturales (se excluyen los trasplantes de órganos y tejidos - Art.2.3-) ; Primeras consultas externas: 50 días naturales; y Primeras pruebas diagnósticas/terapéuticas relacionadas en el Anexo IV del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo

de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud: 30 días naturales. (Art. 5.1) Dichos plazos se contarán, respectivamente, desde la fecha en que el médico especialista quirúrgico prescriba la intervención quirúrgica, o desde la fecha en que el médico peticionario realice la indicación de consulta externa o prueba diagnóstica/terapéutica, estando en todo caso documentada la prescripción o indicación, y contando el facultativo con la pertinente autorización de la institución. Además, en los casos en que, conforme a la organización de los servicios, corresponda al paciente formalizar ante la unidad de admisión la solicitud de cita para la correspondiente atención sanitaria, el plazo empezará a contar desde que se produzca dicha formalización (Art. 5.2) El cómputo de los plazos máximos quedará interrumpido cuando el paciente se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones, que impiden la realización de la asistencia prevista: que el paciente solicite el aplazamiento de la atención sanitaria por motivos personales o laborales o que concurran motivos clínicos debidamente justificados que aconsejen demorar la atención sanitaria. En tales casos, el centro donde el paciente se encuentre incluido en lista de espera tendrá que comunicar esta situación al Registro de pacientes en lista de espera. El cómputo del plazo máximo de acceso se reanudará en la fecha en que el centro comunique al Registro la desaparición de las circunstancias que hubiesen motivado la interrupción del plazo (Art. 5.3)

El Servicio Murciano de Salud deberá prestar asistencia sanitaria dentro de los plazos máximos previstos ya sea en centros propios o en centros concertados incluidos en la Red Sanitaria de Utilización Pública de la Región de Murcia (Art. 6.1) En el caso de que el paciente rechace ser atendido en el centro de dicha Red determinado por el Servicio Murciano de Salud, no será exigible la garantía de los plazos máximos señalados. (Art. 6.2) En el supuesto de que se supere el plazo máximo aplicable sin que el paciente haya sido atendido en el centro determinado por el Servicio Murciano de Salud, aquél podrá requerir asistencia en otro centro de su elección, dentro del ámbito territorial de la Región de Murcia, con cargo al Servicio Murciano de Salud. En el caso de que los centros ubicados en dicho ámbito territorial no incluyan en su cartera de servicios la intervención quirúrgica, prueba diagnóstica/terapéutica o consulta externa que hubiera sido indicada, el paciente podrá requerir asistencia en centros situados en el resto del territorio

nacional (Art 6.3) El interesado dispondrá de un plazo de un año, a contar desde la obtención del documento acreditativo de la superación del plazo máximo de garantía, para recibir asistencia en el centro de su elección, quedando el Servicio Murciano de Salud obligado a pagar a dicho centro los gastos derivados de la atención recibida por el paciente (Art. 6.4) El centro sanitario que realice la intervención quirúrgica, prueba diagnóstica/terapéutica o consulta externa es responsable de las acciones que ejecute sobre el paciente. A tal fin, deberá disponer de aseguramiento de la responsabilidad civil que se pueda derivar por las acciones u omisiones de naturaleza sanitaria o extrasanitaria del centro, empresas o profesionales que presten servicio en el mismo, cualquiera que sea el régimen de vinculación (Art. 6.5)

Cada ciudadano tendrá acceso a la información personalizada sobre la espera prevista en relación con su proceso asistencial, que será proporcionada por su servicio de salud (Art. 4.2)

La Región de Murcia soporta unas listas de espera muy considerables. Con los datos que aporta la Consejería de Sanidad a diciembre de 2014 (Tablas XXI, XXII, XXIII y XIV) (188), en la Comunidad se encontraban 27.639 pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, 54.047 pacientes pendientes de una primera consulta en atención especializada y 27.622 pacientes de que se le practique una prueba diagnóstica solicitada por un médico de la sanidad pública. Estos datos se refieren solo a los servicios incluidos Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

**Tabla XXI. Pacientes pendientes de intervención quirúrgica en diciembre de 2014. Por procesos**

	Adenoamigdalect	Artroscopia	Catarata	Colelitiasis	Fimosis	Hallux Valgus	H inguinal-crural	HB de próstata	Prótesis de cadera	Prótesis de rodilla	Sinus pilonidal	Túnel carpiano	Varices MMLI.
Nº en espera estructural	560	1271	4457	998	220	663	1247	197	366	1272	352	827	501
Tiempo medio de espera	130,5	148,6	97,6	164,5	66,0	137,7	124,0	111,4	135,9	154,3	113,6	108,5	104,9
Demora media prospectiva	131,4	211,0	138,2	174,4	83,5	188,8	141,4	121,7	191,4	233,0	115,1	134,5	126,8

**Tabla XXII. Pacientes pendientes de intervención quirúrgica en diciembre de 2014. Por especialidades**

	CGD	CMF	CPE	CPL	CTO	DER	GIN	NRC	OFT	ORL	TRA	URO
Nº en espera estructural	5827	406	414	455	61	451	842	166	6155	2131	8818	1525
Tiempo medio de espera	138	84	53	117	131	61	66	71	105	131	147	86
Demora media prospectiva	118	108	82	132	86	81	74	83	116	133	178	88

*CGD: Digestivo; CMF: Maxilofacial; CPE: Pediatría; CPL: Plástica; CTO: Torácica; DER: Dermatología; GIN: Ginecología; NRC: Neurocirugía; OFT: Oftalmología; ORL: Otorrinolaringología; TRA: Traumatología; URO: Urología*

**Tabla XXIII. Pacientes en espera para primera consulta externa en Atención Especializada. Diciembre 2014**

	CAR	CGD	DER	DIG	GINE	NRL	OFT	ORL	TRA	URO
Nº en espera estructural	3491	2151	10436	4408	5700	3871	9520	2296	9596	2578
Tiempo medio de espera	51,42	39,19	79,07	51,69	78,6	83,7	60,31	29,73	71,45	82,37
Demora media prospectiva	43,45	15,4	42,25	44,49	33,6	47,13	28,11	12,06	29,25	23,77

*CAR: Cardiología; CGD: Cirugía; DER: Dermatología; DIG: Digestivo; GINE: Ginecología; NRL: Neurología; OFT: Oftalmología; ORL: Otorrinolaringología; TRA: Traumatología; URO: Urología*

**Tabla XXIV. Pacientes en espera de primera prueba diagnóstica. Diciembre 2014**

	ECCARDIO	ECOGRAF	ENDOSC	ERGOMET	HEMOD	MAMOG	RNM	TAC
Nº en espera estructural	879	11656	4198	251	290	1073	7188	2087
Tiempo medio de espera	88,24	124,9	97,52	63,38	77,2	81,23	83,17	96,93
Demora media prospectiva	13,57	37,91	56,61	26,59	21	35,62	39,97	18,12

En el Anexo I del Real decreto se fijan los conceptos anteriores para un tratamiento homogéneo de los datos a nivel nacional. Se define como «primera consulta» a la efectuada a un paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud nuevo (excluidas las revisiones periódicas de tipo preventivo) según criterio del médico prescriptor. Se define como «fecha de entrada en el registro» la fecha de indicación de la consulta o prueba por el médico peticionario. “Pacientes en espera estructural” incluye a los que, en un momento dado, se encuentran pendientes de ser vistos en consulta de atención especializada o de la realización de una prueba diagnóstica/terapéutica. “Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes” es el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural. Se calcula atendiendo a los siguientes criterios de cómputo: a) Pacientes con solicitud de cita a primera fecha disponible; b) Tiempo de espera para primera consulta o prueba diagnóstica/terapéutica mide la diferencia, en días naturales, entre la fecha de registro de la solicitud y la fecha de corte; y, c) S (fecha final período de estudio — fecha de entrada en registro)/número de pacientes en el registro. “Demora media prospectiva” es el tiempo, expresado en días naturales, que tardaría en



absorberse el total de pacientes pendientes al ritmo de trabajo de un período anterior definido.

Un último elemento importante para comprender los datos es el criterio que incluye el Anexo III del mismo RD: el establecimiento de prioridades para inclusión en lista de espera:

- Prioridades para consulta externa y/o prueba diagnóstica/terapéutica:
- Prioridad 1: solicitud preferente. Será aquella solicitud que debe realizarse en un periodo máximo de 15 días.
- Prioridad 2: solicitud ordinaria. Solicitud de consulta o prueba complementaria en la que no concurren otros elementos de prioridad.
- Prioridades para indicación quirúrgica
- Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
- Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.
- Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquélla no produce secuelas importantes.

### 3.3. Metodología apropiada

### **3.3.1. El método clínico en APS.**

Un método es una forma de procedimiento seguida para explicar hechos aplicando un conjunto de reglas que vienen proporcionadas por un modelo. Con él, se puede elaborar un conjunto sistemático de conocimientos sobre la realidad observable. El método científico de la medicina clínica pretende llegar a un diagnóstico que no deja de ser la “etiqueta” que abre las puertas al tratamiento, al seguimiento y al pronóstico pero también a ciertos “derechos sociales” (por ejemplo la justificación de la ausencia al trabajo) y también tiene un componente ético como por ejemplo, un cáncer de mama y sus efectos sobre la propia autoestima de la mujer y a la representación ante la sociedad. En definitiva, es capaz de modificar el curso de las vidas humanas en lo clínico, personal y social (189).

Estos principios parten de la definición del motivo de consulta para continuar con una anamnesis (valorar síntomas) y una exploración física (valorar signos) que concluyen con una hipótesis del caso y que, en ocasiones, obliga a un uso de pruebas complementarias que ayudan a confirmar el diagnóstico (190) siempre y cuando esto condicione una intención de tratar. En este proceso puede ser adecuado el desarrollo de protocolos y algoritmos decisionales que, en función de la evidencia científica orienten al médico en la obtención de información y en la toma de decisiones.

En APS es necesario comprender la realidad de paciente y para ello se ha de partir de un modelo explicativo que permita una visión integral del mismo, que se expresa con el concepto biopsicosocial (Engel, 1997), y que supone la integración de tres subsistemas complejos, su cuerpo, su vida psíquica y su ambiente eco-social<sup>56</sup>

#### **3.3.1.1. Del Método biomédico al biopsicosocial**

El modelo tradicional o biomédico es una concreción del llamado paradigma reduccionista que se basa en dos ideas: lo complejo puede siempre entenderse mediante la reducción analítica a partes más simples, y el investigador puede observar objetivamente el objeto de estudio (la enfermedad) sin modificarlo. La enfermedad es un proceso explicable por desviaciones de la norma (parámetros

---

<sup>56</sup> Borrell Carrió F, Cebriá Andreu J. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Cuarta edición. Volumen I. Ediciones Harcourt SA. Barcelona. 1999. ISBN: 84-8174-417-4

biológicos), el paciente se entiende como un organismo biológico y el tratamiento consiste en una intervención (química, eléctrica o quirúrgica) para compensar el exceso o defecto de la sustancia crítica, para neutralizar el agente patógeno o para restituir la integridad física.

El enfoque biopsicosocial requiere un cambio de paradigma, del reduccionista se ha de pasar al holístico y una nueva definición de método clínico que ha de integrar diferentes aspectos de la realidad: el empírico (cuantitativo y medible) y el existencial o conductual (cualitativo y basado en modelos antropológicos que ayuden a la interpretación de significados en la relación médico-paciente). La intención es la comprensión de los verdaderos motivos por los que un paciente acude a la consulta para poder elaborar un diagnóstico integral del problema.

La aplicación de este modelo implica la necesidad de lograr una relación asistencial cargada de un componente emocional intrínsecamente terapéutico, distinguir entre demanda y necesidad de salud, elaborar hipótesis integradoras sin focalizar hacia lo biológico o lo biopsicosocial, ahondar en los datos semiológicos considerando las claves que obligan a conductas confirmatorias, manejar la incertidumbre pero llegando siempre a formular un criterio propio, conocer los factores de riesgo de cada paciente integrando la prevención y la promoción de la salud, actuar terapéuticamente aunque sólo sean posibles medidas paliativas, integrando lo psicosocial con lo biológico y no considerar a determinados pacientes como “casos cerrados”<sup>56</sup>

### **3.3.1.2. Método de la psicología clínica**

El proceso de evaluación psicológica clínica mantiene el esquema básico de funcionamiento: la generación y contraste de hipótesis. En este esquema, se presenta el proceso en cuatro fases que hacen referencia directa y explícita al método científico básico. En primer lugar, es necesaria una recogida de información preliminar que permita conocer (describir) el problema del paciente. En segundo lugar, se incluye una fase de desarrollo de hipótesis explicativas del problema. En tercer lugar, se someten a contraste las hipótesis planteadas en la fase anterior. Solamente después de conseguir dicha formulación mediante el continuo juego de generar y contrastar hipótesis durante la entrevista, inicialmente

parciales y progresivamente más generales, se va a programar el tratamiento (191).

### **3.3.1.3. Redes de apoyo**

En tercer lugar, la metodología para evaluar la parte “social” del paciente viene definida en función del estudio de sus relaciones que expresan su red de apoyo social. Sociólogos americanos en los setenta y ochenta se ocuparon de la llamada «Cuestión Comunitaria»<sup>57</sup>, la transformación de la comunidad en la sociedad «moderna» y urbana. Esta tradición de investigación se centra en la localización de las redes de apoyo social, redes de iguales constituidas por parientes, amigos y vecinos que proporcionan socialización, información y ayuda en general y, especialmente de cuidados de la salud.

Por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguineidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar<sup>58</sup>

El hogar es el círculo más inmediato de relaciones personales que condicionan de modo decisivo los procesos de salud y enfermedad. En él se efectúan las funciones de socialización, afectividad y la provisión de cuidados. Un mejor conocimiento de la dinámica y funcionamiento de la familia del paciente y su posible relación con los síntomas ayuda a entender su problema de salud y permite diseñar estrategias terapéuticas más eficaces<sup>59</sup>

En los hogares se ofrece la condición básica para la salud, así como los servicios relacionados directa e indirectamente con las terapias médicas. Los hogares son las unidades sociales que mediatizan la relación entre los individuos y el sistema

---

<sup>57</sup> Wellman B, Gulia M. Net-Surfers Don't Ride Alone: Virtual Communities as Communities, in: Wellman, Barry, ed., *Networks in the Global Village. Life in Contemporary Communities*. Oxford, Westview Press. 1999

<sup>58</sup> De la Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Volumen I. Cuarta edición*. Ediciones Harcourt SA. Barcelona. 1999. ISBN: 84-8174-417-4

<sup>59</sup> Buil Cosiales P, Díez Espino J, Gimeno Aznar A. Estructura y dinámica familiar. En: Gallo Vallejo FJ et al. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2ª edición*. SemFYC. 1997. Adrid. ISBN 84-7867-126-9

sanitario. Aunque la familia era, y sigue siendo, la unidad principal de provisión de cuidados, los cambios socioeconómicos producidos en la sociedad actual, han ocasionado importantes efectos sobre la cultura del auto-cuidado sanitario. La composición demográfica y socioeconómica de los hogares es clave para entender y planificar la atención sanitaria, ya que varios estudios realizados desde los años 90 en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) a partir de la Encuesta sobre Nuevas Demandas<sup>60</sup>, muestran que sólo el 12% del tiempo total dedicado anualmente en España al cuidado de la salud lo aportan los profesionales sanitarios. El 88% restante, la inmensa mayoría, es tiempo dedicado por los familiares, por personas contratadas para tal menester o de autocuidado.

En el 5,1% (725.870 hogares) de los hogares españoles viven personas que prestan ayuda a personas mayores de 60 años en aquellas tareas de la vida cotidiana que no pueden realizar por sí mismas. Esta ayuda puede desglosarse en dos grupos: ayuda informal y empleados/as de hogar por cuenta ajena. El 4,5% correspondería a ayuda informal, es decir, a familiares, amigos o conocidos que prestan ayuda a personas mayores sin recibir a cambio una retribución, y el 0,6% restante corresponde a la ayuda de los/as empleados/as de hogar. A eso habría que añadir el cuidado de personas entre 15-65 años y niños con discapacidad moderada y severa y, con datos de 1997 y 1999, se estima que, ya en aquella época, había más de dos millones de cuidadores a pacientes con problemas de salud (77). Aunque la familia era, y sigue siendo, la unidad principal de provisión de cuidados (192,193), los cambios producidos han ocasionado importantes efectos sobre la cultura del auto cuidado sanitario (194)

El análisis de la familia obliga al uso de una metodología propia que permita a un abordaje sistémico en el que se contempla a la familia como un sistema relacional abierto, regido por reglas de comportamiento, cuyos elementos están en constante interacción entre sí y con otros sistemas externos. Por ello es conveniente analizar estos elementos y los subsistemas que lo conforman, la homeostasia familiar mantenida a través de límites, fronteras, normas y reglas y los sistemas de comunicación de sus miembros.

---

<sup>60</sup> Datos referidos a la encuesta CIS de 1996. "Ayuda informal a personas mayores" y de Encuesta de Discapacidades del INE 1999

Conocer su composición o estructura, su dinámica y funcionalidad, o la etapa del ciclo vital familiar en la que se encuentra forma parte del método. Esta información ayuda a contextualizar a la persona que consulta por un problema de salud y a elaborar estrategias para un mejor cuidado de la misma y para minimizar el impacto del problema en las dinámicas de la familia que ha de soportar sus cuidados.

Una de las aportaciones más importantes en el método de análisis de las redes sociales en Atención Primaria la propone Luis de la Revilla, tanto en el análisis de la familia como en el resto de su red de apoyo social. En este nuevo modelo de abordaje, se atiende al mismo tiempo al paciente y a su familia. Para ello se necesita utilizar nuevos conceptos, técnicas e instrumentos de atención familiar que permitan evaluar los cambios conductuales y emocionales relacionados con el ciclo vital familiar, averiguar las interacciones entre paciente y familia (tipos de relación entre los miembros, tipos de apoyo) en el curso de las enfermedades crónicas, establecer nuevas estrategias de atención familiar en pacientes dependientes, identificar las situaciones conflictivas en las familias con un paciente terminal, poner en marcha rituales de despedida en casos de duelo patológico, resolver los problemas surgidos por el estrés relacionado con el duelo migratorio o, en fin, de detectar, diagnosticar e intervenir sobre los problemas psicosociales. Serían indicadores en este campo conocer si el problema de la rodilla de un paciente ha supuesto algún impacto en el funcionamiento familiar, si se han tenido que reajustar roles, si alguien está prestando los cuidados necesarios, si se han producido cambios en la situación laboral o escolar o, por ejemplo, si los apoyos de su red social se han modificado.

Para todo esto se han elaborado una serie de instrumentos de ayuda entre los que destaca el genograma que facilita el abordaje sistémico familiar proporcionando una visión integrada de los problemas biomédicos y psicosociales mediante una representación gráfica<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> De la Revilla L. El uso del genograma en la consulta. Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia. Ediciones Adhara SL. Granada. 2005 ISBN: 84-8144-314-x

### **3.3.1.3. Medicina Comunitaria**

Lo comunitario se ha representado solo como un avance más en la evolución de la salud pública, introduciendo la participación de la comunidad en la planificación, la administración, la gestión y el control de las acciones que conducen al óptimo estado de salud de sus integrantes<sup>62</sup> (Piedrola, 2001).

Desde este punto de vista podría parecer que lo comunitario ha de ejercerse exclusivamente a nivel de representación política y social a través de los consejos de salud. Esto, puede confundir al médico de familia sobre su función en Atención Primaria y hacerle creer que la atención comunitaria es una actividad distinta de la práctica profesional que realiza desde su consulta, ya que sólo se puede realizar fuera del centro, sobre el terreno, con los grupos sociales y las instituciones de la propia comunidad; pero la orientación comunitaria puede estar presente en todo contacto entre el profesional y sus pacientes porque, de hecho, atención individual, familiar y comunitaria forman parte de un mismo proceso asistencial (195).

La orientación comunitaria debe estar presente en todo contacto entre el profesional y sus pacientes. No pretende desatender los aspectos biológicos del paciente, más bien, todo lo contrario, es decir, valorar todos los elementos que intervienen sobre el paciente y que están influyendo en su salud. Desde este punto de vista, conviene revisar los planteamientos de Tarlov sobre las categorías de los determinantes de la salud (1996) cuando afirma que, de todas, las características sociales son las predominantes<sup>63</sup>. Cuando se adopta una visión panorámica ante un problema es como desenmarañar hechos y conceptos que implican conflictos; este desenmarañamiento lleva frecuentemente a enunciar de nuevo la cuestión en una forma que la deja abierta a la solución, al tratamiento (196).

Para Ezequiel Ander-Egg (197) el Desarrollo de la Comunidad es una técnica o práctica social sustentada en el conocimiento científico de lo social cuyo objetivo fundamental se dirige a la promoción del individuo; movilizand recursos humanos e institucionales, mediante la participación activa y democrática de la población en el estudio, programación y ejecución de los diferentes programas

---

<sup>62</sup> Piédrola Gil. La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. En: Medicina preventiva y salud pública. 10ª ed. Barcelona: 2001; Masson, p. 3-14

<sup>63</sup> Tarlov A. 1996. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. Londres: Routledge: 71-93.



comunitarios. No es una acción sobre la comunidad, sino una acción desde la comunidad; donde la población toma decisiones y asume sus consecuencias.

“La participación sólo puede ser un hecho de libertad. Todo intento de reconducirla a fórmulas o clichés rígidos e iguales no puede funcionar” (198).

La Intervención Comunitaria es uno de los factores integrantes del Desarrollo Comunitario que puede marcar los inicios del proceso siendo la actuación más interesante que puede activar un profesional sanitario de un EAP: la introducción de un elemento externo con la intención de modificar el funcionamiento de una comunidad en una dirección dada y desde una postura de autoridad que ha de conjugarse con la consideración de la comunidad como protagonista principal del proceso que se vaya a desarrollar. Es una actitud y una forma de trabajo<sup>64</sup>. El médico de familia no es un agente de desarrollo comunitario, sino un clínico que reconoce su sentimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto, así como la importancia de la participación de esta en sus problemas sanitarios para la mejora de su nivel de salud (199).

### **3.3.2. Registro de la actividad**

En la historia clínica de atención primaria se registra la información generada durante la práctica asistencial con el objetivo de facilitar y mejorar la asistencia (200). En España, la cumplimentación de la Historia clínica está regulada por ley que obliga a la utilización correcta de la historia clínica (201). Así, la HC es un documento médico-legal que puede ser auditado para conocer la actividad asistencial. Pero la HC es, ante todo, una herramienta imprescindible para la atención sanitaria donde la característica más importante es la longitudinalidad y cuyo uso puede estar afectado por la cultura profesional, por la escasa formación del médico, por el mínimo tiempo de atención con el que se atiende al paciente y por el desajuste entre la práctica diaria y su diseño o estructura organizativa.

Hay varios estudios que alertan de la no utilización sistemática de la misma que puede alcanzar, en ciertos lugares, el 50% (202) en análisis de 2002, pero esto no suele ser lo

---

<sup>64</sup> Porzecanski T. Desarrollo de comunidades y subculturas. Humanitas. Buenos Aires. 1983 El autor considera la intervención comunitaria más propia de los trabajadores sociales

habitual. Mucho más habitual son los problemas de infrarregistro del proceso clínico (203) en donde no está claro si la actividad no se practica o, por el contrario, no se registra. Los EAPs con cultura de la evaluación asistencial son conscientes de que lo que no se registra es como si no se hubiera realizado.

El problema está en si el diseño, estructura y contenidos de la HC son los adecuados para la visión integradora que caracteriza a la APS. Un paciente que entra a consulta es un individuo condicionado por un conjunto de procesos bioquímicos, fisiológicos, anatómicos, etc. que presenta unos síntomas y signos clínicos enmarcados en su propia biografía y en sus relaciones sociales. No hay procesos biológicos puros, sino que todos están influenciados por los estilos de vida y por los condicionamientos sociales.

El médico ha de comprender que el paciente no es simplemente un objeto de estudio, sino que, además, es tanto el iniciador como el colaborador del proceso y ha de transformarse en un observador (inspección externa) que participa y realiza una introspección de los datos que le proporciona el paciente (inspección interna) a través del diálogo que se establezca entre ambos (conversación). En el proceso de comprensión de los datos que el paciente comunica sobre su mundo privado, el médico profundiza en su propio sistema personal de pensamiento (vivencias) para poder comparar y clarificar lo que este le cuenta. Así, el diálogo que se establece entre ambos está afectado tanto por el sentido de comunidad (compartir experiencias) como por la calidad de la comunicación establecida (intercambio de información). El encuentro entre sanitario y paciente está siempre cargado emocionalmente, es una relación intensa por parte de ambos aunque con distintos signos o sentidos. El paciente es una unidad diferenciada y diferente de cualquier otro paciente y, por ello, su enfermedad, como vivencia es irrepetible (F. Borrell. 1986).

Esta actitud intelectual es la que establece la diferencia diagnóstica entre el enfoque biomédico (Trastorno de ansiedad) y el biopsicosocial (Conflicto en la relación de pareja). Es evidente que el segundo diagnóstico es mucho más preciso que el primero, no solo sitúa un cuadro sintomatológico sino que, además, especifica la relación causal del mismo, por ello, es necesario que los médicos de familia traspasen sin miedo las fronteras de la práctica tradicional, promuevan e innoven conceptos que surjan de su propia actividad profesional y defiendan con hechos todo el contenido científico de su especialidad. “Muéstrame tus listas de problemas y te diré el tipo de práctica profesional que realizas” (204).

Qué duda cabe que practicar esta “entrevista clínica de integración” que propone Borrell aplicando el modelo emotivo-racional de acto clínico (205), precisa de una organización distinta de la información obtenida en un formato de Historia Clínica diferente, capaz de responder al modelo biopsicosocial en donde, junto a los datos propios de la medicina clínica clásica, se expresen la contextualización del paciente y su historia socio-sanitaria.

El diseño de la HC ¿permite registrar este tipo de datos cuando se atiende a un paciente con problemas de rodilla? ¿Se registra el problema contextualizado? ¿Qué calidad de registro se obtiene en las HC de estos pacientes?

### **3.3.2.1 El Registro de datos.**

No obstante, la codificación de un problema de salud en APS no es un tema bien resuelto. La casuística es muy amplia, muchos códigos son excesivamente ambiguos, la comprensión del problema de salud del paciente forma parte de la visión cosmológica del médico, la formación académica y profesional no contempla esta actividad y la presión asistencial tan elevada que, en segundos, el profesional tiene que seleccionar el código; por eso, una práctica muy habitual es la simplificación, usando códigos generalistas.

Una de las razones que explican esta situación es la existencia de diferentes clasificaciones y de normalización estadística:

#### 3.3.2.1.1. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

En 1950, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos y la Administración de Veteranos de Guerra iniciaron pruebas independientes con la Clasificación Internacional de Enfermedades, dirigidas, a la clasificación de la documentación en los archivos hospitalarios. En 1966, la Conferencia Internacional para la revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades resaltó que la 8.<sup>a</sup> Revisión de la CIE, había sido realizada pensando en las clasificaciones para hospitales y consideró que la clasificación revisada sería idónea para su uso en los hospitales de ciertos países. Sin embargo, se reconoció que la clasificación básica posiblemente proporcionaría un detalle inadecuado para la clasificación

diagnóstica en otros países. En febrero de 1977, se constituyó por el Centro Nacional de Estadística Sanitaria un Comité Directivo para proporcionar asesoramiento y consejo para el desarrollo de una modificación clínica de la CIE-9. De ahí surgió a La ICD9CM es una modificación clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.<sup>a</sup> Revisión (CIE-9) de la Organización Mundial de la Salud. El término «clínico» se utiliza para subrayar el propósito de la modificación: el de servir tanto como herramienta útil en el campo de las clasificaciones de los datos de morbilidad para la ordenación de las historias clínicas, las revisiones de los cuidados médicos y los programas de cuidados ambulatorios y otros cuidados médicos, como para las estadísticas de salud básicas (206)

A pesar de sus intentos de uso en APS, el problema más serio es que son clasificaciones de “episodios de enfermedad” con una orientación puramente hospitalaria y han resultado insuficientes para sistematizar y catalogar el trabajo de los profesionales sanitarios de atención primaria. En su última revisión, la CIE-10 supone un intento de acercamiento a los ámbitos extrahospitalarios con la incorporación de los Códigos Z que representan “factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios (Z00 a Z99)”(207). Entre ellos, algunos definen situaciones de cribado o “screening” y otros (Z55-Z65) “personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales” pero no se definen como diagnóstico principal sino como códigos secundarios y se deben de acompañar del correspondiente código de procedimiento para describirlo. En cualquier caso, siguen siendo códigos con sentido hospitalario y alejado de la práctica propia de la APS.

#### 3.3.2.1.2. La Clasificación Internacional de Atención Primaria.

El Comité Internacional de Clasificación de la WONCA (Organización Mundial de Médicos generales/de familia) desarrolló la primera versión de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria - CIAP (International Classification of Primary Care - ICPC) en 1987 (208), que

se tradujo al español en 1990. Actualmente se ha traducido a más de 20 idiomas.

Once años más tarde sufrió un proceso de revisión se lanzó la CIAP-2 que se ajusta más a la práctica profesional al estructurarse en “episodios de atención” que permiten incluir el motivo de consulta expresado por el paciente, los problemas de salud detectados por el profesional y algunas de las intervenciones que se aplican en el proceso de atención. Esta clasificación, aunque ha sido traducida y adecuada al español (1999) todavía no se ha adoptado en todas las Comunidades Autónomas de nuestro país, de manera que seis de ellas, probablemente pensando más en gestión desde una visión hospitalocentrista, mantienen la CIE-9 como sistema de clasificación para atención primaria, encorsetando el trabajo de los profesionales y entorpeciendo el desarrollo del modelo biopsicosocial.

Con todo, la CIAP-2 también precisa actualizaciones y modificaciones para ajustarla a la compleja práctica de la APS y ayudar mejor a la incorporación de los elementos sociosanitarios que forman parte de la contextualización del paciente. En 2008, ante la necesidad de abordar la disponibilidad y puesta en común de una serie de datos acerca de aspectos más clínicos de la atención, por encargo del Consejo Interterritorial del SNS (CI-SNS) se puso en marcha desde el Ministerio de Sanidad el Proyecto de construcción de una base de datos clínicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (BDCAP) que incluyera un conjunto de datos priorizados, de entre los más relevantes del proceso de atención. Para eso se constituyó la Unidad Técnica de la CIAP, por iniciativa del Grupo de Trabajo del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) del Sistema Nacional de Salud (SNS), dependiente de la Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. En dicha Unidad se integran representantes de todas aquellas comunidades autónomas interesadas, con el propósito de promover la homogeneidad en la utilización de la clasificación CIAP en las diversas comunidades. Entre sus funciones se encuentra la de emitir recomendaciones de usos comunes para el SNS y la de elaborar "extensiones" de dicha clasificación desagregando códigos CIAP-2 en sub códigos más específicos o elaborando y definiendo

ciertos códigos específicos que permitieran identificar algunas situaciones que son objeto de especial atención, y que no aparecen diferenciados en la versión 2 de la CIAP. No obstante, el sentido del mismo mantenía una visión clínico-asistencial de interés administrativo y para la gestión muy alejada del planteamiento biopsicosocial, como lo demuestran las funciones para las que fue concebido:

1. El conocimiento de la magnitud (en términos, fundamentalmente, de prevalencia de la morbilidad atendida) de determinados problemas de salud, y algunos elementos de su manejo en atención primaria.
2. La necesidad de dar respuesta, aportando la información pertinente, a indicadores incluidos en las diversas Estrategias en Salud el SNS, aprobados por el CI-SNS.
3. Responder, igualmente, a algunos indicadores que forma ya parte del conjunto de Indicadores clave del SNS, consensuados asimismo en el seno del CI-SNS.
4. Posibilitar la medición de ciertos indicadores que, previsiblemente, formen parte de los incluidos para la evaluación de la Estrategias en atención primaria para el siglo 21” (en fase de debate).
5. Avanzar en consonancia con líneas prioritarias en sistemas de información planteadas por Organismos internacionales, especialmente de la UE y la OCDE.

Hasta la última publicación de la UT-CIAP <sup>65</sup>, se han definido 38 extensiones nuevas de las cuales, 20 corresponden al capítulo Z (problemas sociales) que ha desarrollado sobre todo cuestiones de violencia psicológica (9), física (6) y violación o agresión sexual (5)

Un ejemplo de los problemas de codificación y registro es el que se presenta a la hora de abrir un episodio de un paciente con problemas de rodilla: L15 (Signos/síntomas de la rodilla), L78 (Esguinces y distensiones rodilla), L90 (Artrosis de rodilla) y L96 (Lesión aguda interna de la rodilla)

---

<sup>65</sup> UT-CIAP. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico del SNS. Clasificaciones y Normalización Estadística. Extensiones de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (versión 2 CIAP-2) [consultado on line 03/05/2015] <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/home.htm> En esta página se pueden descargar las extensiones en formato Excel

son los más específicos; pero una Tendinitis de la rodilla (Cuádriceps, Rotuliana o Pata de Ganso) tiene dos opciones: L15 o L87 (Bursitis/tendinitis/sinovitis NE-cualquier parte del cuerpo-). Asimismo, una lesión de los Ligamentos Cruzados vuelve a tener dos opciones: L15 o L96, aunque, en todos los casos, está la opción de L99 (Otras enfermedades del aparato locomotor)

### 3.3.2.2. La Historia Clínica Electrónica (HCE)

En el año 2000 comenzó a implantarse en los Centros de Salud de la Región la HCE con el programa OMIap de Stacks, una empresa del sector TIC especializada en el diseño de soluciones y orientada exclusivamente al sector sanitario, fundada en 1990 y que desde 2007 forma parte de la multinacional CEGEDIM.

El planteamiento general de OMIap era la integración total de la información de salud de cada paciente, en un único núcleo, con independencia del profesional o ámbito asistencial que la genere, tratando de ofrecer una historia clínica única (209). Pero esa posibilidad no fue recogida en nuestro SMS, optando por otros modelos informáticos en los hospitales (Programa SELENE de Siemens). Esta decisión ha tenido graves repercusiones a la hora de establecer continuidad asistencial entre los niveles primario y hospitalario ya que no ha sido posible compartir la información clínica. Mientras SELENE almacena la información generada en forma de objetos clínicos a modo de base de datos de imágenes, la HCE de OMIap se fundamenta en la indización de los datos clínicos a través de los denominados DGPs que homogenizan las entradas para que un dato clínico ocupe un lugar único que permita su consulta independientemente del profesional o situación clínica desde donde se recogió. No obstante, el SMS puso en marcha el programa Ágora Plus (210) con la intención de convertirlo en un visor genérico de los datos de cada paciente de cualquier área sanitaria de la Región pero, aunque es mejor que nada, no puede competir con un sistema único de historia clínica compartida.

OMIap incorpora la traducción de la Clasificación Internacional de Atención Primaria-2 en formato electrónico (CIAP-2-E) en español ha sido realizada por el Dr. Sebastián Juncosa y el Dr. Juan Gérvas miembros del Comité Internacional de Clasificación de la Wonca con la colaboración del Dr. Raimundo Pastor Sánchez. Esta traducción se ha realizado dentro de un convenio firmado por semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) y SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista) con la WONCA. Ambas sociedades son titulares de los derechos de la versión española. La búsqueda de los códigos de “Episodio” (Problema de salud) se efectúa mediante el uso de descriptores que orientan hacia los códigos CIAP, siendo un método bastante ágil que facilita la labor de profesional pero que presenta una serie de limitaciones: por una parte, no incluye los capítulos del 1 al 9 del libro que siguen plenamente vigentes y son indispensables para comprender los principios de la CIAP; además, tal y como se ofrece en esta versión electrónica (CIAP-2-E) no es suficiente para su uso directo en las historias clínicas informatizadas; y, por otra, los descriptores de búsqueda permanecen como título del episodio en vez de un solo descriptor del mismo. Un ejemplo de esto último aparece con el código L15 que puede aparecer en la HCE como “Síntoma/signo de la rodilla”, como “Gonalgia”, como “dolor rodilla” o como “Signo/queja rodilla”.

OMIap también permite desde su nomenclátor, tras identificar al descriptor deseado, obtener el código correspondiente de la CIE9 (incluso de su correlación con la CIE10) pero no suele ser empleado en la práctica habitual ya que sólo es imprescindible en casos de añadir una Incapacidad Temporal y, en muchas ocasiones, te abre un listado de casos excesivamente extenso y no siempre bien relacionado con el problema del paciente.

En primer lugar responde bien a las necesidades de la medicina clínica tradicional pero resuelve muy mal el enfoque biopsicosocial y la historia socio-sanitaria del paciente. Una excelente reflexión sobre esto la ha



publicado Trisha Greenhalgh en el BMJ Open (211)<sup>66</sup>: *“las consultas se centran de forma explícita o implícita en los protocolos basados en la evidencia que están insertos en las planillas de la historia clínica. Dichas planillas no solamente identifican las tareas a realizar, sino que contribuyen a moldear lo que se supone que son o deben ser las enfermedades crónicas, qué cuidados deben ser prestados y lo que significa ser paciente o profesional en este contexto. Las historias de los pacientes se transforman en bytes, lo particular se generaliza, lo complejo se hace discreto, simple y manejable, la incertidumbre se categoriza y almacena. Muchas consultas parecen encuentros exclusivamente burocráticos, fundamentalmente orientados a la recolección de información”*.

Concluyen insistiendo en que *“a pesar de la amplísima utilización de las historias clínicas electrónicas muy poco se está investigando sobre los efectos que tiene el uso de sus herramientas en la práctica. Las planillas y formularios incluidos en ellas no se limitan a registrar los resultados de la gestión de las enfermedades crónicas, sino que están modificando profundamente la naturaleza del trabajo. Habiendo sido diseñados para garantizar el cumplimiento de estándares de calidad están contribuyendo a la burocratización de la atención, pudiendo marginalizar aspectos de ésta que se encuentran fuera del foco de atención de dichos estándares. Se precisa de trabajo creativo para evitar priorizar la atención centrada en las instituciones a la atención centrada en el paciente”*.

*“desde la perspectiva del paciente, la enfermedad crónica es una experiencia personal única, que puede implicar dolor, discapacidad, pérdida de estatus, pérdida de ingresos y una lucha heroica por mantener la dignidad, reconstruir su identidad y vivir una vida moral enfrentándose a la adversidad”*. Para Greenhalgh et al *“cada consulta es una oportunidad para cada paciente de contar su historia a alguien capaz de escuchar, quien a su vez puede dar forma a lo escuchado y actuar como testigo de ello, porque construir una narrativa en el contexto de una*

---

<sup>66</sup> He accedido a este artículo gracias al excelente blog de Sergio Minué: El Gerente De Mediado <http://gerentemediado.blogspot.com.es/2013/12/de-la-atencion-centrada-en-el-paciente.html>

*relación terapéutica es una de las formas de que un paciente puede encontrar un sentido a su padecimiento”*

### **3.4. Evidencia científica.**

La medicina basada en pruebas es una de las expresiones de un antiguo movimiento de mejora de la calidad clínica, que se vio potenciado por la demostración de la falta de fundamento de muchas decisiones clínicas y de la enorme variabilidad de la práctica médica, y por la crítica a la medicina. Su desarrollo se inició en los años sesenta del siglo XX, cuando se empezó a aplicar el diseño de los ensayos clínicos al campo médico, y se desarrollaron trabajos iniciales al respecto. Sobre la falta de fundamento de las decisiones clínicas, los trabajos pioneros fueron los de Cochrane (1972), John Wennberg (1973), que presentaron el problema de la variabilidad de la práctica clínica, y de Iván Illich y Tomás McKeown (1976), con su crítica a la medicina. El concepto de “basado en pruebas (evidencias)” lo expresó como tal por primera vez David Eddy en 1982. Después vendría el desarrollo explosivo de la medicina basada en pruebas, primero en un círculo restringido, en 1991, y después en todo el mundo, desde 1992, por influencia del canadiense EvidenceBased Medicine Working Group (212).

El sentido de evidencia hay que entenderlo dentro de la definición de MBE acuñada por este grupo: "La Medicina basada en la evidencia es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales" Como pasa con toda innovación algunos pretenden situar a la MBE como un cambio paradigmático de la práctica clínica sin reflexionar sobre los claroscuros que la acompañan pero en cualquier caso, y obviando el mal uso que practica una parte de los investigadores con conflictos de interés con la industria farmacéutica, hoy por hoy, es un importante avance en la mejora asistencial de los pacientes. ¿Con qué evidencia obtenemos e interpretamos los datos de la anamnesis o los de la exploración física que realizamos? ¿Ajustamos los hallazgos con su verdadera relevancia clínica? ¿Conocemos y nos ayudan los cocientes de probabilidad? ¿Tomamos la mejor decisión diagnóstica?

### **3.5. Tecnología Aplicada.**

Desde el estudio de la atención de pacientes como problemas de rodilla, son las Pruebas de Diagnóstico por Imagen (PDI) la principal exploración complementaria que se ha de evaluar.

Durante la Conferencia de Alma-Ata, ya hubo críticas al papel negativo de la "tecnología orientada a la enfermedad" (79).

La radiología se ha convertido en una herramienta imprescindible tanto en el diagnóstico médico como en la intervención terapéutica, y a medida que se extiende su uso, esta tecnología adquiere mayor complejidad.

Dentro de ellas se distingue entre técnicas con Radiación Ionizante y técnicas sin radiación ionizante. Entre las primeras se encuentran la radiología simple o la Tomografía Computarizada (TAC), entre las segundas dentro del campo de intervención de la rodilla caben destacar la Ultrasonografía y la resonancia magnética.

El objetivo fundamental de todas las técnicas radiológicas es el prolongar la vida de los pacientes, disminuir la morbimortalidad y ayudar, al menos, a aliviar el sufrimiento. Si bien son conocidos sus beneficios no hay que olvidar que son técnicas no exentas de riesgo que, si bien no es muy conocido en las radiaciones no ionizantes al ser técnicas más novedosas y con menor experiencia de uso, sí está identificado en las radiaciones ionizantes. De las segundas se conocen efectos biológicos<sup>67</sup> que pueden ser de dos tipos: deterministas o no estocásticos y los efectos no deterministas o estocásticos. Los primeros dependen de la dosis recibida y acumulada (pueden producir efectos agudos - radiodermatitis exudativa, alopecia, oligoespermia o aplasia medular- y efectos tardíos (cataratas, radiodermatitis crónica y cáncer, siendo este último el principal efecto tardío). Los segundos son de naturaleza aleatoria, aunque su probabilidad aumenta en función de la dosis (no existe umbral), y cualquier radiación es potencialmente nociva, no matan a la célula pero dañan al ADN, siendo posible una mutación que será transmitida a las células hijas, que, si son somáticas, podrían degenerar a una neoplasia en el órgano o tejido afectado del individuo expuesto, pero, si las células afectadas son las responsables de la transmisión de la información genética a los descendientes de los individuos

---

<sup>67</sup> Limitation of exposure to ionizing radiation. NCRP report nº. 116. Bethesda, Md.:National Council on Radiation Protection and Measurements, March 1993.

expuestos, se podría inducir una enfermedad hereditaria. Este tipo de efectos produce los tumores radioinducidos.

Se supone que aproximadamente el 5% de una población expuesta a una dosis efectiva de 1 Sv desarrollará cáncer durante su vida, normalmente después de un periodo latente de años a décadas. Entre los niños y adultos jóvenes y durante el embarazo, cuando los tejidos son biológicamente más sensibles, el riesgo es significativamente más elevado<sup>68</sup>

Fruto de ello, aparece la protección radiológica como disciplina dedicada al control de riesgos derivados de la radiación, cuyo objetivo es proteger a las personas y el medio ambiente contra los efectos perjudiciales de la exposición a radiaciones ionizantes (213) cuyos principios son la justificación de la exposición (los beneficios superan los costes asociados, incluido el posible detrimento para la salud), la optimización de la dosis (maximizar balance beneficios/costes, reduciendo las exposiciones en lo razonablemente posible teniendo en cuenta factores técnicos, económicos y sociales) y la utilización de niveles de dosis de referencia (NDR).

En Europa, desde el año 2000, se han propuesto en la International Commission on Radiological Protection, seis criterios básicos que permiten asegurar que se cumple razonablemente el criterio de justificación en el uso de las radiaciones ionizantes para el diagnóstico médico:

1. Evitar repetir pruebas que ya se han realizado.
2. Evitar pedir pruebas complementarias que seguramente no alterarán la atención al paciente.
3. Evitar pedir pruebas con demasiada frecuencia.
4. Evitar pedir pruebas inadecuadas.
5. Dar al especialista de imagen, la información clínica necesaria.
6. Evitar solicitar exceso de pruebas complementarias.

Una preocupación del gran incremento en la prescripción de estas PDI es comprobar si esta exposición de los pacientes a las radiaciones está ajustada en una relación beneficio-riesgo, esto es, si ha habido una adecuación de las pruebas a las necesidades diagnósticas

---

<sup>68</sup> Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Radiaciones ionizantes. Comisión de Salud Pública Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

y si han sido efectivas para la precisión diagnóstica. En España se estiman que cerca de un 30% de las pruebas solicitadas carecen de indicación adecuada y otro 30% no ha ayudado al diagnóstico y esto tiene dos grandes vertientes de preocupación, la seguridad del paciente (tanto en beneficio-riesgo de la exposición, como el riesgo de sobrediagnóstico y la cascada diagnóstico-terapéutica) y el coste económico (bolsa de ineficiencia)

Otro de los posibles efectos secundarios del uso de las técnicas de imagen es el sobrediagnóstico. Al aumentar la sensibilidad de las técnicas se detectan hallazgos casuales que en ocasiones se tratan sin necesidad o llevan a la realización de otras exploraciones complementarias más agresivas lo que supone un aumento de la iatrogenia y del gasto, como refieren algunos artículos sobre el programa de cribado del cáncer de mama. En el sobrediagnóstico hay un diagnóstico inoportuno en el sentido de no ser útil, de ser innecesario y de no ayudar a mejorar la salud del paciente ni en el futuro ni en el presente (189). De las diferentes causas que pueden producir sobrediagnóstico voy a destacar dos: consecuencia de nuestra ignorancia acerca de variaciones de la normalidad como cuando se observan alteraciones radiológicas en la rodilla de un anciano, ¿tienen el mismo significado clínico que en un joven? Pero, también puede deberse a los avances tecnológicos, que permiten ampliar el concepto de salud. Es un tipo de sobrediagnóstico por el diagnóstico excesivo que promueve el desarrollo de la tecnología como cuando se detectan microémbolos en un TAC espiral multicorte, carentes de relevancia clínica y que compatibles con una vida sana.

El coste económico que supone este tipo de técnicas es cada vez mayor, no sólo por el coste de las pruebas sino también por un mayor uso que se hace de las mismas. Según el Boletín Oficial de la Región de Murcia (BORM) por una ecografía en 2012, pagaba el SMS 50.71 euros, por una Radiografía simple 15.95, por una RMN (estudio simple) 239.44 y por un TAC sin contraste 108.77.

#### 4. Justificación del estudio: Los problemas de salud de rodilla y la atención primaria

¿Por qué elegir la atención prestada a los pacientes con un problema en la rodilla para evaluar a la Atención Primaria de Salud? La atención a estos pacientes cumple perfectamente con la intención del estudio porque permite analizar los elementos conceptuales de la APS: es el espacio natural donde han de ser atendidos, tiene una alta prevalencia, genera una importante presión asistencial, necesita una comprensión biopsicosocial, la discapacidad que ocasiona obliga a plantearse problemas de accesibilidad, el impacto sobre las personas repercute en sus niveles de relación (sociofamiliar, socioeconómica y sociolaboral), es un problema susceptible de ser enfocado desde una perspectiva comunitaria, presenta unas características propias que permiten analizar la metodología de la atención y el uso de la tecnología (PDI) dentro de un contexto de evidencia científica contrastado.

La articulación de la rodilla es la articulación más grande del cuerpo y una de las más complejas. Cuando nos encontramos en bipedestación, cada rodilla soporta el 43% del peso corporal (214). El principal movimiento que realiza es de flexoextensión alcanzando una amplitud de unos 120°, que aumenta hasta 140° con la cadera flexionada y llega a 160° forzando pasivamente el movimiento.

Es una articulación compuesta que está formada por dos articulaciones diferentes: la Articulación femorotibial (la más importante, pone en contacto las superficies de los dos cóndilos femorales con la tibia) y la Articulación femoropatelar (formada por la tróclea femoral y la parte posterior de la rótula).(215)

### **Importancia en APS**

La Atención Primaria es el lugar idóneo en el que se han de centrar los esfuerzos para optimizar los cuidados de los pacientes con problemas de rodilla por su naturaleza esencial, su modelo de atención biopsicosocial y por ser donde se produce la mayor parte de la atención de estos pacientes (216). Estas circunstancias le otorgan un papel destacado que le obligan a aplicar todos los elementos conceptuales que la definen y a emprender un camino hacia la calidad asistencial del que todavía tiene mucho por recorrer.

La lesión de rodilla representa una de las razones más comunes para visitar a un médico de familia o un servicio de urgencias en un hospital. En EEUU, el dolor agudo de rodilla produce más de un millón de visitas anuales a los servicios de urgencias y al médico de

atención primaria.(217); pero, la lesión crónica (OA), se estima que, en España, llega a suponer el 10% de las consultas de APS y el 30% de las consultas externas de Reumatología (218).

La atención a los pacientes con dolor de rodilla implica la necesidad de contextualizarlos en las esferas personal, familiar y social(219). Esta integración supone una experiencia subjetiva compleja que va más allá de las leyes de la fisiología y precisa una interacción participativa en la relación médico-paciente. Una práctica clínica con orientación biopsicosocial ha de incluir la conciencia del paciente ante su problema de dolor, la auto-responsabilidad en su propia salud, el cultivar de manera activa la confianza, una relación médico-paciente caracterizada por la curiosidad empática como estilo emocional, la educación de las emociones, para ayudar con el diagnóstico y la relación terapéutica, y el uso de la evidencia clínica para promover el diálogo y no sólo la aplicación mecánica de protocolo (Borrell-Carrió F, 2004)

El dolor puede afectar a la calidad de vida del paciente (220) y llegar a producir momentos más o menos extensos de pérdida de la autonomía personal (221) e impactar directamente sobre las tres esferas anteriores. El dolor de rodilla se asocia a renunciadas del paciente a su actividad deportiva habitual, a su vida social (ocio, la familia y el trabajo) y a la vida emocional. Además, altera la confianza en su propio cuerpo y en ellos mismos (222).

La estrategia con la que cada paciente afronta el dolor depende de factores relacionados con su experiencia previa al mismo (223) y su conducta depende de cómo ha cumplimentado su adaptación al estímulo doloroso en función de su dependencia a los analgésicos, el reposo en cama, o de cómo se ha desarrollado la atención del paciente por parte de los profesionales sanitarios (224).

El dolor de rodilla también se asocia con la ansiedad y la depresión y se conveniente evaluar su presencia en estos pacientes (225) siendo, sobre todo importante, aplicar un enfoque biopsicosocial para optimizar los resultados (226).

La artritis es la causa más común de discapacidad entre los adultos estadounidenses y es particularmente común entre las personas con enfermedades crónicas (227), la presencia de dolor de rodilla en edades tempranas se asocia con la dependencia futura y la necesidad de asistencia domiciliaria (228).



Es importante valorar el impacto de su problema en su relación sociolaboral. La actividad laboral, sobre todo cuando se asocia con el levantamiento de objetos pesados, sobrecarga la rodilla y se relaciona con el dolor (229) produciendo mayor absentismo laboral. Sin embargo, se carece de datos en relación con la reducción de la productividad de trabajo entre los trabajadores de más edad con dolor crónico de rodilla cuando asisten al trabajo (230).

La reducción de la función física en edades medias de la vida es un fuerte predictor de discapacidad futura y la dependencia, la prevención efectiva o tratamiento precoz de dolor de rodilla en estas edades es probable que tengan una influencia importante en el envejecimiento saludable en la población (231).

### **Una alta prevalencia**

Dentro de la patología musculo esquelética, la rodilla es de las patologías más frecuentes. El primer estudio español sobre este tema, efectuado en población general adulta, lo protagonizó el grupo EPISER (Fernández-López JC et al, 2008). El 14,1% de la población tenía dolor de rodilla ese día y, en el 66.1% de los individuos, el dolor era de tipo artrósico al aplicar los criterios clínicos de la ACR (American College of Rheumatology) publicados por Altman R en 1986<sup>69</sup>, por lo que estimó que la osteoartritis (OA) de rodilla podía alcanzar el 10.2% de la población, una prevalencia mucho mayor en España de la que se podría extrapolar a partir de la literatura publicada sobre el tema (232).

Otro estudio en población general realizado en el Hospital de Cruces de Bilbao en 2008 para evaluar la prevalencia de los síntomas afirma que el 38.3% de la población entre 60 y 90 años presenta síntomas de dolor de rodilla (mucho más frecuente que el de cadera - 23.8%-) y el 42.5 % presentan limitación funcional. Estos síntomas se van incrementando con la edad (233). Otro estudio, también poblacional, efectuado en Alemania con una muestra algo más joven (media de edad 60.3 años) observa también la alta prevalencia

---

<sup>69</sup> En 2006 la ACR revisó estos criterios. Peat G, Thomas E, Duncan R, Wood L, Hay E, Croft P. Clinical classification criteria for knee osteoarthritis: performance in the general population and primary care. *Ann Rheum Dis* 2006;65:1363–1367. doi: 10.1136/ard.2006.051482

del dolor de rodilla, afectando entre el 30.6% (hombres) y el 31.6% (mujeres) de la población y con una relación directa con la edad (234).

La relación entre dolor de rodilla y edad está descrita y aceptada por la literatura internacional y, la alta prevalencia del síntoma en la población ha dado lugar a que se establezcan proyecciones del problema en el futuro. Se estima que, en EEUU, de los 55,7 millones de adultos con AO de rodilla en 2015 pasarán a 67 millones en 2030 (235).

### **La metodología**

La semiología clínica fija un método de ordenamiento de los conocimientos (método clínico) para alcanzar el diagnóstico de los problemas de salud aplicando una mirada biológica, psicológica, social y ética de los problemas en el marco de la relación médico-paciente. La atención a los pacientes con un problema de rodilla precisa de una metodología adecuada que, basada en el método clínico (236), conduzca al diagnóstico correcto y el proceso sea convenientemente registrado en la historia clínica electrónica (OMIap) como se recoge en la tabla XXV.

<b>Tabla XXV. Etapas fundamentales del método clínico y registro en OMIap</b>			
<b>Etapa</b>	<b>Intervención</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Registro en HCE</b>
Primera	Problema de salud	Identificación de la necesidad	CIAP-2
Segunda	Anamnesis	Búsqueda, recolección y análisis de toda la información	Texto libre
	Exploración física		
Tercera	Hipótesis	Análisis del problema y de la información que sobre el mismo se dispone.	Texto libre
Cuarta	Pruebas de contrastación	Conocer si son o no ciertas	Órdenes clínicas

*Elaboración propia a partir de "El método clínico" (236)*

### **Evidencia científica**

Al paciente con un problema de rodilla se le han de recoger datos clínicos de anamnesis, pero no hay consenso sobre cuales han de ser estos, incluso las escalas como ICOAP para el dolor o KOOS-PS/HOOS-PS tienen una fiabilidad menor en la rodilla (237). No obstante, sí hay una serie pautas para una adecuada práctica médica tanto para la anamnesis como para la exploración que aparecen tanto en los manuales de traumatología

(238) o reumatología (239) como en múltiples recursos en internet tanto especializados (240) como de Atención Primaria (241).

Otra cosa distinta es la evidencia científica de los datos que han de recogerse en anamnesis o en exploración física. La única guía de manejo del paciente con artrosis de rodilla en Atención Primaria del SNS está caducada y retirada de GuíaSalud (242) desde hace cuatro años y, aunque hay otros documentos (243), la mejor recopilación de la evidencia para la anamnesis y la exploración física de los pacientes con problemas de rodilla es el Manual Semfyc (244) publicado en 2012 porque no solo sistematiza la recogida de datos sino que, además, recoge los datos de la historia clínica para los que se conoce su utilidad diagnóstica en diferentes revisiones narrativas de calidad y sitúa niveles de evidencia en la exploración física estableciendo la utilidad de los resultados en función de Cocientes de Probabilidad.(Tablas XVI y XVII)

**Tabla XVI. Datos a recoger en la anamnesis de la rodilla**

Dolor	Lateralidad
	Origen traumático
	Tiempo de evolución
	Modificadores
	Curso del dolor
	Evolución
Inflamación	
Derrame	
Funcionalidad	
Inestabilidad	
Bloqueos	
Dolor en cadera o lumbar	
Fiebre	

**Tabla XVII. Datos a recoger en la exploración física de la rodilla**

Inspección bilateral
Limitación a la flexoextensión
Exploración de Derrame/Edema
Palpación de ligamentos laterales
Exploración rótula

Exploración de tendones

Dolor interlinea

Exploración de ligamentos cruzados

Exploración de meniscos

Exploración cara posterior

---

### **Uso de la tecnología: Pruebas de Diagnóstico por Imagen (PDI)**

El dolor de rodilla como síntoma no guarda relación directa con los hallazgos radiológicos ni estos con el dolor (245,246) incluso, en casi la mitad de los casos (48%), no hay correlación clínico-artroscópica (247). Algunos estudios encuentran cierta relación entre el dolor y la observación de osteofitos pero, incluso en estos casos, con diferencias de sexo (mayor relación en hombres) (248). El creciente uso de PDI ha llevado a altos gastos, procedimientos invasivos innecesarios y/o diagnósticos falsos positivos, sin certeza de que los pacientes se benefician realmente de estos procedimientos de imagen (249).

A veces, ante dudas diagnósticas o cuando hay intención de tratar, una PDI puede ser conveniente si el paciente presenta ciertas características clínicas (dolor mecánico que cede en reposo, dificultad para subir o bajar escaleras, limitación de los movimientos de flexión, crepitación rotuliana) y factores de riesgo como edad, sexo, índice de masa corporal (250) pero, en esta época de la fascinación por la tecnología y la sobre-utilización de las PDI (tomografía computarizada, resonancia magnética y otras tecnologías avanzadas) no hay que olvidar que solo una anamnesis cuidadosa combinada con un experimentado examen clínico consigue llegar al diagnóstico (251). El sistema de puntuación radiográfica de Kellgren y Lawrence ha sido el sistema más utilizado en el pasado y, aunque se han desarrollado otros métodos, no se han realizado comparaciones (252,253).

Los criterios de uso de la PDI adecuada, van a depender de su tiempo de duración<sup>70</sup> (agudo -4 semanas- o crónico ->4 semanas-) se recogen en la siguiente tabla que está basada en el trabajo del Grupo de MBE de Osakidetza en 2012 (Tabla XXVIII).

<b>Tabla XXVIII. Uso adecuado basado en la evidencia de las PDI ante el dolor de rodilla</b>				
<b>Tipo de dolor</b>	<b>Origen</b>	<b>PDI Recomendada</b>	<b>Juicio Clínico</b>	
Agudo	Traumático	Radiografía simple	Reglas de Ottawa	
			Persistencia > 7 días	
			Derrame significativo	
			Bloqueo intermitente	
			Masa o deformidad	
			Dolor que no remite en 4 semanas.	
			RMN	Alta sospecha de lesión partes blandas sin hallazgos en Radiografías simples
			TAC	Luxación rotuliana
				Sospecha de lesión oculta
				Alternativa a la RMN si no se dispone de esta o está contraindicada.
No traumático		Radiografía simple	No indicada	
		RMN	Alta sospecha de lesión partes blandas	
		TAC	Alternativa a la RMN sin no disponibilidad o contraindicación de esta.	
Crónico		Radiografía simple	Primera elección	
		Ecografía	Sospecha de lesión quística	
		RMN	Sospecha afección de partes blandas, edema óseo o un síndrome de la plica sinovial	
		TAC	Alternativa de la RMN cuando ésta no está disponible o está contraindicad	
<i>Elaboración propia a partir de “Indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por la imagen (parte II): abdomen y sistema musculoesquelético”, FMC 2012 (254)</i>				

<sup>70</sup> Según los textos, los conceptos de dolor agudo o crónico dependen de sus autores. Mientras que en el grupo MBE de Semfyc (del que parten los datos recogidos de anamnesis y exploración física) definen el dolor agudo cuando dura menos de 7 días, este grupo de Osakidetza lo definen como menos de 4 semanas

## 5. Objetivos e hipótesis

## **Objetivos**

1. Analizar el grado de adecuación en el cumplimiento de los principios generales de la atención primaria de la salud en un centro de salud de Murcia con los principios de la atención primaria de salud.
2. Analizar si el modelo de Atención Primaria propuesto por la OMS en Alma-Ata se cumple en la práctica habitual de un EAP de la Región de Murcia en los pacientes que consultan por un problema de rodilla.

## **Hipótesis**

1. La práctica de la atención primaria depende de los profesionales y no está condicionada por el contexto social, político y normativo que ha desarrollado el SMS.
2. La calidad de la asistencia sanitaria a los problemas de rodilla es adecuada.
3. La evidencia científica es utilizada de forma adecuada y los procesos diagnósticos son satisfactorios.

## 6. Método del estudio



## **6.1. Diseño y población del estudio**

El estudio consta de dos partes. La primera parte, cualitativa, se orienta a analizar si las variables sistemáticas se aplican a todos los usuarios del centro, y que por tanto no pueden ser individualizadas. Esta primera parte es cualitativa y ha utilizado toda la información disponible en el Centro de Salud y el SMS.

El estudio de los problemas de rodilla es un estudio observacional, transversal. En este estudio se han analizado todos los episodios nuevos (incidencia) referidos a problemas de rodilla registrados en OMIap, en los cupos asistenciales del EAP entre el 01/01/2012 y el 31/12/2012.

## **6.2. Identificación de los pacientes**

Se utilizaron los códigos CIAP-2: L15 (Signos/síntomas de la rodilla), L78 (Esguinces y distensiones rodilla), L90 (Artrosis de rodilla) y L96 (Lesión aguda interna de la rodilla) más los códigos inespecíficos L87 (Bursitis/tendinitis/sinovitis NE-cualquier parte del cuerpo-) y L99 (Otras enfermedades del aparato locomotor). Estos códigos permitieron identificar 786 casos.

Posteriormente, se realizó una búsqueda con un criterio de exclusión de los cupos asistenciales para incluir únicamente aquellos cupos que, al menos, tuvieran un registro en texto libre sobre cualquier aspecto posible del contacto con el paciente relacionado en los episodios nuevos de rodilla en, al menos, un 75% de los casos correspondientes a ese cupo. De esta manera se excluyeron a 5 cupos asistenciales, quedando el número de casos totales disponibles para análisis en 457 pacientes. Por último, sobre los casos seleccionados, se estableció otro criterio de exclusión: aquellos casos con códigos inespecíficos L87 y L99 que no tuvieran relación con la rodilla. El resultado final fue que el número disponible de pacientes para el estudio fue de 313.

## **6.3. Procedimiento de trabajo de campo**

Tras la revisión bibliográfica se realiza un Check list de los elementos conceptuales de la Declaración de Alma-Ata y se obtienen indicadores operativos a modo de variables.

Las variables observacionales de estudio se han obtenido por:

- Observación directa: Barreras arquitectónicas, geográficas, Acceso a Parking público,
- Entrevistas con informadores clave: Barreras horarias, en las telecomunicaciones, Listas de Espera en el CSF, Atención a la Comunidad.
- Búsquedas en Internet: isócronos y distancias al CSF (Google Maps), servicio de taxis en la Ciudad de Murcia (Facua (255)). Líneas de transporte público en la Ciudad de Murcia (256), Listas de Espera en los pacientes del EAP durante 2012 (Murciasalud (257))

Las variables descriptivas se han obtenido a partir de la aplicación OMI-Est con los Códigos CIAP-2 descritos. En cada caso se ha hecho un análisis del texto registrado con los siguientes criterios:

1. Presencia o ausencia de cada variable
2. Interpretación clínica de los datos para homogeneizar los contenidos.
  - a. Por ejemplo, La exploración física en ocasiones se expresa como resultado de maniobras exploratorias: Signo del Cepillo (rótula), Maniobra Varo-Valgo (ligamentos laterales), Prueba del Cajón Anterior y Cajón Posterior o Prueba de Lachman (ligamentos cruzados) y Maniobras de McMurray o de Apley o Prueba de Tesalia (meniscos). Asimismo, los resultados de una PDI pueden ser informados de diferentes formas para expresar una misma patología (v.g. Gonartrosis): proceso degenerativo, presencia de osteofitos, pinzamiento articular o esclerosis subcondral.
  - b. Interpretación subjetiva del proceso de atención desde una visión clínica. Por ejemplo, se si detecta dolor en la Pata de Ganso se puede concluir el diagnóstico, una vez terminada la exploración física, sin haber solicitado una PDI, aunque en el Episodio de la HCE se mantenga el L15. De igual manera, el descubrimiento de una rotura del ligamento cruzado anterior en una RMN puede no suponer cambios en el Episodio por no tener un código más específico. En consonancia con esto se ha elaborado la variable “Precisión diagnóstica” que recoge si, durante el proceso de atención, se ha conseguido un diagnóstico más específico. Esta también se subdivide en dos:

- c. Precisión diagnóstica. Evalúa la presencia o ausencia de mejoría en la precisión diagnóstica tras el proceso asistencial.
- d. Diagnóstico definitivo. Describe en códigos CIE9 los principales diagnósticos obtenidos.

## **6.4. Variables del estudio**

### **6.4.1. Variables cualitativas comunes:**

- Universalización. Siendo uno de los aspectos fundamentales en el modelo APS-Alma-Ata, es determinada por la política sanitaria e idéntica para todos los centros de salud y todas las áreas sanitarias, por lo ya ha sido descrita en apartados anteriores.
- Accesibilidad:
  - Barreras arquitectónicas: rampas, escaleras y ascensores, visibilidad interior (iluminación natural o artificial), sistemas de llamada para entrar a consulta, paneles informativos, impedimentos del mobiliario para el paso de personas
  - Barreras geográficas: ubicación dentro de la ZBS, presencia de zonas ajardinadas, Google Maps es una aplicación interesante.
  - Barreras de Transporte: acceso a parking, isócronos al Centro de Salud, transporte público, servicio de taxis
  - Barreras horarias: consultas de tardes o deslizantes (al menos una tarde a la semana) y horario asistencial.
  - Barreras en las telecomunicaciones: cita telefónica directa a través del Centro de salud, cita telefónica automatizada, cita presencial en el mostrador de recepción, cita a través internet, auto-citación directa del profesional o con otros profesionales.

- Listas de espera (LE) para ser atendido en el CSF, en las interconsultas con especialista, pacientes pendientes de Prueba de Diagnóstico por Imagen (PDI) o de una intervención quirúrgica.
- Atención a la Comunidad
  - Presencia de Consejo de Salud de zona o de cualquier otra forma que garantice la participación en los dos aspectos comentados: en la toma de decisiones sobre su salud y en el control de la gestión del centro.
  - Elaboración de un Mapa sociosanitario que identifique cómo se distribuyen en la ZBS las características socioeconómicas, sociofamiliares y epidemiológicas de la población.
  - Actividades comunitarias, de educación para la salud o informativas en las que haya intervenido el EAP relacionadas con los pacientes con problemas de rodilla

#### **6.4.2. Variables individuales de pacientes para el análisis cuantitativo:**

##### a. Variables primarias

- Datos demográficos: edad y sexo
- Cupo asistencial
- Identificación del problema: Código CIAP-2 y descriptor del episodio del episodio
- Datos psicosociales: Registro en el episodio de cualquier dato que identifique impacto socio-familiar, psicológico, emocional o afectivo del paciente o relacionado con su estrategia de afrontamiento o sus creencias
- Anamnesis:
  - Del método clínico: registro o no de la misma
  - De evidencia científica: registro y resultado de la información obtenida sobre: Lateralidad (Izquierda o Derecha), Origen de la lesión (Traumático o no), Días Evolución, Curso del dolor (agudo o crónico), Forma de

inicio dolor (Insidioso o Súbito), Respuesta a la actividad (Mecánico o Inflamatorio), Evolución del dolor (Mejoría, Estabilidad o Empeoramiento), Presencia de Inflamación articular, Presencia de Derrame, Presencia de Bloqueos, Funcionalidad de la articulación, Inestabilidad, Presencia de dolor cadera o lumbar, Presencia de Fiebre y, por último, Número de datos de la Anamnesis registrados

- Exploración física:
  - Del método clínico: registro o no de la misma
  - De la evidencia científica: registro y resultado de: Inspección bilateral, Exploración de la Limitación a la flexo-extensión, Exploración de derrame articular, Exploración de la Rótula (Roce rotuliano), Exploración de Ligamentos Laterales, Exploración de Tendones (Tendón afectado), Exploración de la Interlinea articular (Dolor interlinea), Exploración de los Ligamentos Cruzados, Exploración de Meniscos (Dolor Menisco), Exploración de la Cara Posterior de la rodilla (Signos en cara posterior) y, por último, Número de exploraciones registradas.
- Uso de Tecnología: Solicitud de pruebas, tipo de prueba, registro del resultado de la prueba y solicitud de más pruebas.

b) Variables secundarias

- Evaluación de la evidencia científica: Número de variables incluidas en anamnesis y en exploración física
- Hipótesis diagnóstica: evaluación clínica de los datos obtenidos tras la anamnesis y la exploración física para establecer un juicio clínico
- Adecuación de la solicitud de PDI. Evaluación de la decisión de solicitar o no una PDI según hipótesis diagnóstica u otro criterio clínico ajustado a las recomendaciones del uso de PDI
- Adecuación de la prueba solicitada a la evidencia. Evaluación de la prueba solicitada según los criterios de selección de PDI.
- Mejora diagnóstica tras el proceso de atención

- Diagnóstico final tras proceso asistencial obtenido de cualquier resultado de anamnesis, exploración o uso de PDI.
- Mejora en la precisión diagnóstica: diferencias entre el código de CIAP-2 y el resultado final tras el proceso de atención

## **6.5. Tratamiento estadístico**

Los resultados de las variables descriptivas han sido recogidos en Excel y, mediante tablas dinámicas se ha analizado la distribución de frecuencias. Posteriormente los datos fueron analizados en SPSS. En las variables que no siguieron una distribución normal los contrastes de hipótesis fueron realizados utilizando pruebas no paramétricas (Test Mann-Whitney y Kruskal-Wallis).

## 7. Resultados del estudio cualitativo

**7.1. Análisis cualitativo:** Análisis del cumplimiento del modelo de atención primaria de salud (Tabla XXIX)

<b>Tabla XXIX . Resultados de las Variables Cualitativas</b>		
Universalidad		
	Restringida para inmigrantes no regularizados Complicada para no cotizantes	
Participación Ciudadana		
	Consejo de Salud de Zona	No
	Mapa Sociosanitario	No
	Actividad Comunitaria en pacientes con problemas de rodilla	No
Accesibilidad		
	Barreras arquitectónicas	Ausencia rampas de acceso y evacuación a la primera planta. Sala de espera diáfana no que dificulta acceso a personas con discapacidad visual
	Barreras Urbanísticas	Accesos al centro amplios, ajardinados y en calle peatonal
	Barrera geográficas	Isócronos máximos 2,3 Km. 26 minutos andando Centro de Especialidades en un barrio alejado Servicio de Urgencias en otro barrio alejado
	Barreras en el transporte	Buen Servicio de Tranvía
		Mal servicio de autobuses
		Taxis muy caros
	Barreras horarias	No consultas de tarde
		No jornada deslizante
		Citación limitada
		Horarios de verano
	Barreras en las telecomunicaciones	Largas colas en recepción
		Dificultad en cita telefónica desde el EAP
		Complejidad en cita telefónica automatizada
		Complejidad en cita por Internet
	Listas de espera	
Primera Consulta	Facultativos EAP	No
	Traumatólogo zona	21,82 días para primera consulta
	Reumatólogo y Rehabilitación	No hay datos
Pruebas Diagnóstico Por Imagen	Rx simple	No hay datos
	Ecografía	18,68 días
	RMN	14,81 días
	TAC	5,92 días
	Artroscopia	159,03 días
	Cirugía Prótesis Total de Rodilla	164,08 días



## **7.2. Universalización**

A lo largo del periodo del estudio, esta variable sufrió cambios importantes. Si 2012 comenzó con el desarrollo máximo de la universalización del sistema sanitario tras la Ley 33/2011 General de la Salud Pública de 4 de octubre, el RD 16/2012 de 20 de abril, introdujo un cambio sustancial en la cobertura de la protección sanitaria en España al modificar el derecho a la protección desde la condición de ciudadano o residente a la de asegurado. No se han encontrado estudios o datos que valoren el impacto de este cambio en la atención de los pacientes en general, ni a aquellos con problemas de rodilla en particular.

## **7.3. Participación ciudadana**

El CSF no tiene órgano alguno que vincule al EAP con su comunidad y tampoco los miembros del Equipo han expresado tal necesidad ni han emprendido acciones en ese sentido. Tampoco la comunidad ni la administración sanitaria han expresado intenciones de formar Consejos de Salud u órganos similares de participación en salud.

No hay mapas sociosanitarios

El EAP no realiza actividades comunitarias, de educación para la salud, de prevención ni de promoción de la salud relacionadas con este problema de salud.

## **7.4. Accesibilidad**

### **7.4.1. Barreras arquitectónicas**

El edificio consta de una planta baja y una primera planta a la que se puede llegar por escaleras o por ascensor (situado en el centro de la sala de recepción), no hay rampas de acceso interiores ni exteriores, ni en los lugares de entrada o salida habitual ni en las puertas de emergencia. Los pacientes que precisan de silla de ruedas no tienen más remedio que utilizar el ascensor (es amplio y permite este uso). En el caso de una emergencia que obligara a la evacuación de estos pacientes, su seguridad estaría comprometida. No es posible el acceso a la primera planta de pacientes en camilla.

La visibilidad interior en la primera planta está garantizada tanto por la disposición de ventanas, zonas acristaladas y claraboyas situadas en el centro de la sala de espera que permiten la entrada de luz natural, como por el sistema de iluminación artificial con una excepción, en las consultas de sábados de la primera planta, no suelen encenderse las tres fases de la que consta el sistema y, dependiendo de la consulta abierta para la atención de pacientes ese día, en los meses de invierno se generan zonas poco iluminadas. Asimismo, la sala de espera del ala pediátrica de la planta baja presenta una falta evidente de luz natural y, a pesar de la iluminación artificial, se producen zonas de penumbra.

En el CSF se observan tres sistemas distintos para llamar a los pacientes a consulta. En algunas consultas se emplea la exposición pública de la lista de citados de ese día, con tamaño de letra en formato pequeño para este menester (10-12 puntos) y colocada en un pequeño tablón de anuncios situado al lado de la puerta de entrada (no se entra a valorar la legalidad de esta medida). En otras consultas es el médico el que sale a la sala de espera para llamar al paciente. Por último, un tercer tipo de llamada que suele emplearse en algunas consultas consiste que el paciente que sale nombra al paciente que ha de entrar.

Las salas de espera de ambas plantas son diáfanas y la disposición de las sillas está orientada en el sentido de paso de manera que no entorpecen al mismo. Las salas no están compartimentadas ni parceladas por lo que tampoco afecta al paso de usuarios pero esto condiciona un alto nivel de ruido que puede afectar a la información o a la comprensión de la misma en personas con capacidad auditiva disminuida.

En la zona de recepción hay un gran panel informativo que indica la ubicación general de las consultas por plantas y profesional pero sin definir el lugar exacto de las mismas y sin emplear medios gráficos de ayuda a la comprensión.

#### **7.4.2. Barreras geográficas**

El CSF está situado en el Barrio de La Flota, en el límite colindante con el Barrio de Vista Alegre, y a menos de 1 Km con el límite de Santiago y Zaráiche. Se sitúa en la parte más meridional de la ZBS.

La puerta principal de acceso al edificio, orientada a poniente, está situada en un paseo peatonal (Paseo Ingeniero Sebastián Feringán) amplio con abundantes árboles y zonas ajardinadas y superficie plana sin pendientes ni desniveles. La parte posterior del edificio se sitúa en una calle paralela al paseo con aceras amplias y calzada que permite la circulación en dos sentidos de los vehículos. No hay puerta de acceso trasera.

El edificio ocupa una manzana que comparte, en su cara norte, con otro edificio público: el Centro Regional de Radiotelevisión Española. En la Fachada Este, al otro lado de la calle, se encuentra el Colegio Público Luis Costa.

El punto de la ZBS más alejado del CSF está ubicado a una distancia de 2,3 Km y tiene un isócrono de 26 minutos andando.

Aunque el CS está a 900 metros de su hospital de referencia (unos 12 minutos caminando), el Centro de Especialidades para la atención de los pacientes en la mayoría de la especialidades comunes (dermatología, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología, endocrinología) está a 2.4 km que supone un tiempo medio andando de 30 minutos desde el CS.

### 7.4.3. Barreras de transporte

La ZBS tiene una red de transporte público con tres posibilidades:

**Ilustración 14. Línea de Tranvía**



- a) Tranvía urbano. La única línea de tranvía de la Ciudad recorre la ZBS en dos sentidos y en dos partes de su trazado. Pasa por la Avenida D. Juan de Borbón que pasa justo paralela al Paseo Ingeniero Sebastián Feringán ofreciendo dos posibles paradas (“Abenarabi” y “Marina Española”) que flanquean al Centro de Salud en dirección Norte-Sur quedando este a unos 400 m o 350 m (respectivamente) de las paradas. Además, el tranvía recorre el límite Oeste de la ZBS. (Ilustración 14). El billete ordinario de tranvía cuesta 1,05 € para la zona urbana (Vista Alegre y La Flota) y 1,40 € para la zona interurbana (Santiago y Zaraiche)

Ilustración 15. Líneas de Autobuses



- b) Autobuses Urbanos: No hay líneas urbanas que incluyan en su trazado las calles o avenidas sobre las que se ubica el Centro de Salud. Las únicas líneas que atraviesan la ZBS son “Rayo 20” que recorre la ZBS por el Sur la bordea por el Oeste y la “línea Circular 5” que atraviesa por el lado Norte al Barrio de Vista Alegre y lo bordea en su límite Oeste pero no transporta pasajeros hacia el Centro de Salud. (Imagen: mapa de transporte urbano). Un billete sencillo cuesta 1,50 euros. La pedanía de Santiago y Zairaiche es recorrida por las Líneas Interurbanas 1 y 50 pero ninguna tiene parada o trazado cercanos al CSF (Ilustración 15).
- c) Servicio de Taxis. Aunque en la Avenida D. Juan de Borbón, justo enfrente de la puerta principal del centro hay una parada de taxis, lo cierto es que no suele tener taxis esperando a clientes. No obstante, la solicitud de taxis por teléfono (servicio de radiotaxis) funciona aceptablemente bien. El problema es el precio del trayecto ya que Murcia es una de las diez ciudades españolas con el

servicio de taxis más caro(258), con un precio mínimo de 5,15 euros en servicio urbano diurno en días laborales (Carrera mínima: 3,40 € + Bajada de bandera 1,75 €)(259)

#### **7.3.4. Barreras horarias**

El CSF tiene un horario de apertura desde las 8:00 h hasta las 15:00 h de lunes a sábados. No obstante, los sábados solo tiene atención de urgencias que se cubre por un médico de familia (por turno) y un pediatra, del EAP o no, que comparte la atención pediátrica con otras ZBS.

El horario habitual de inicio de las consultas en medicina familiar es a las 9.30 h y la última cita se suele establecer a las 13.30 horas aunque hay cupos que retrasan la misma hasta las 14:10h. Todos los días se puede solicitar cita habitual hasta las 11:00 de la mañana para ese mismo día, a partir de esa hora, OMIap cierra la agenda del día y sólo se puede obtener cita desde el mostrador de recepción del CSF.

Hasta el verano de 2012 la accesibilidad horaria era mayor ya que el CSF tenía apertura también por las tardes hasta las 20:00 h gracias a un sistema de jornada deslizante por el que algunos facultativos, enfermeras y administrativos atendían en jornada única a los usuarios de 15:00 h a 20:00 h un día a la semana de lunes a jueves). Pero este servicio fue de los primeros en desaparecer con las medidas de ahorro presupuestario establecidas ese año por el Servicio Murciano de Salud.

La accesibilidad horario se ve muy afectada en los periodos vacacionales de verano y navidades. Cuando las sustituciones del titular se efectúan al 50% y el sustituto (otro médico del EAP sustituto contratado) ha de “doblar atender a dos consultas en una misma mañana, los horarios de citación se reducen a dos horas y media por cupo asistencial.

El servicio de urgencias (SUAP) que atiende a los pacientes de la zona tiene un horario de 15:00 horas a 8:00 horas de lunes a sábado y las 24 horas del domingo.

Situado en un barrio también alejado de la zona (San Andrés), está 2.3 Km del CSF con una duración aproximada de 30 minutos andando<sup>71</sup>.

### **7.3.5. Barreras en las telecomunicaciones**

La solicitud de cita previa para ser atendido en el CSF puede efectuarse a través de:

- a) Presencia física en el mostrador de recepción. Este servicio está atendido un número de miembros del servicio de administración en función del momento del día según intensidad de usuarios. No hay un punto único en el mostrador para solicitar cita aunque, a partir de las 11:00 horas es la única forma de obtener cita para ese mismo día.
- b) Llamada telefónica directa al CSF. Aunque generalmente dos miembros del personal administrativo se ocupan permanentemente de atender llamadas telefónicas del exterior, contactar por esta vía con el CSF ofrece grandes dificultades para ser atendido.
- c) Llamada telefónica automatizada al 968 22 82 50 (24 horas al día todos los días). Este tipo de servicios entrañan ciertas dificultades para las personas con problemas de audición, de visión o de capacidad comprensiva disminuida. El sistema se basa en la incorporación de datos numéricos a través del teclado del teléfono. Primero pide tipo de identificación del usuario (DNI o Tarjeta de Residencia), después solicita el número del mismo (sin letra final), más tarde solicita confirmación de número correcto; una vez identificado el usuario le ofrece la primera cita disponible y pide aceptación de la misma. A partir de entonces solicita confirmación o no. En este último caso, ofrece citas disponibles para los tres días siguientes, solicitando al final la confirmación. Una vez confirmada, repite los datos de la cita y se despide. El servicio también permite cancelar o modificar una cita ya establecida. En

---

<sup>71</sup> Datos obtenidos con Google Maps

ningún momento identifica al médico de familia que estará disponible para la cita ese día, ni si ésta se va a efectuar en la consulta habitual o en otra consulta por efecto de la sustitución del titular. Muchos pacientes mayores se quejan de esta forma de citación y suelen recurrir, cuando pueden, a miembros más jóvenes de la familia o de su entorno para obtenerla cita.

- d) Cita directa por internet a través del Portal Murciasalud (260). Tras acceder a “cita previa en centros de salud”, envía a “acceso servicios” y, desde ahí, al Paso 1 en el que hay que cumplimentar DNI (esta vez con la letra final) o CIP nacional o autonómico y la fecha de nacimiento; al pincharla opción “Enviar”, remite a otra pantalla que permite obtener información al pincha “Datos usuario” (dirección, teléfono y ubicación en un mapa Google del CSF y el nombre de su médico de familia y número de colegiado) o ir directamente a “Cita previa” donde repite los datos de nombre del usuario, del médico y del CSF así como dirección y teléfono del mismo y ofrece la primera cita disponible o elegir cita a otra hora u otro día; en el segundo caso ofrece la posibilidad de elegir cita en los siguientes once días y en diferentes franjas horarias. Una vez aceptada ya es efectiva, y ofrece la opción de imprimirla. Si el usuario tiene otra cita solicitada con anterioridad por otra vía diferente a esta, no permite continuar y obliga a “salir” sin poder avanzar más allá del Paso 1. Si la cita anterior se produjo por esta vía, sí permite borrarla. Este procedimiento es sencillo para las personas con una noción mínima de Internet y complicado para el resto. Sobre todo las personas mayores, emplean a sus familiares para utilizar esta vía.
- e) Autocitación del profesional o cita con otros miembros del EAP o de servicios de apoyo. A través de OMIap un mismo profesional puede concertar una cita del usuario que está atendiendo a su propia consulta (en otro horario u otros días) o con el resto de agendas del EAP (incluyendo matrona y fisioterapia). También puede hacer lo mismo con agendas externas como es el caso de la de la UGA o la



del cribado del cáncer de mama que, en nuestra Región está privatizado (concertado) con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Esta forma de citación es la más cómoda para el usuario y muy útil para el seguimiento controlado de un paciente. No suele ser una vía habitual de citación y depende mucho del médico y del tiempo del que disponga en la consulta en un momento dado.

### **7.3.6. Listas de espera (LE)**

El paciente con problemas de rodilla no tiene establecido protocolo de atención especial como sucede en otras situaciones como puede ser el Ictus, por lo que entra en los circuitos habituales de atención. En el caso de una patología urgente puede ser atendido inmediatamente por los Servicios de Urgencia del 061, por puerta de urgencias del Hospital Morales Meseguer o por su médico de familia en el CSF que, si la patología es grave o su atención no se debe demorar demasiado, puede optar por enviarlo a la puerta de urgencias donde, tras ser evaluado por un médico del servicio (adjunto o residente), puede ser enviado a traumatólogo de guardia o concertar desde ahí mismo una cita especial con el traumatólogo de zona en la fecha que el médico estime oportuna.

Si el problema de rodilla, agudo o crónico, no precisa valoración por la Puerta de Urgencias, el paciente entra en el circuito habitual.

- a) LE en el CSF. El EAP no tiene lista de espera para la atención de los pacientes salvo circunstancias muy puntuales como en algún día de consultas compartidas (dobladas), sobre todo en los meses de invierno, con mayor presión asistencial. Pero es un hecho excepcional ya que se suele atender todos los días a todos los pacientes que lo solicitan bien sea en los huecos habituales de las agendas o bien mediante el sistema de cita forzada.
- b) LE para ser atendido en consulta de segundo nivel (especialistas de zona)  
En función de los datos publicados por la Consejería a Sanidad, el tiempo

medio de espera durante 2012 tras una derivación del médico de familia de un paciente con problemas de rodilla fue:

- Consulta traumatólogo zona: 21,82 días
- Consulta externa de reumatología: la Consejería no aporta el dato

c) LE para practicar una PDI<sup>72</sup>

- Para una Rx simple: la Consejería no aporta el dato
- Para una Ecografía: 18,68<sup>73</sup>
- Para una RMN: 14,81 días
- Para un TAC: 5,92 días

d) LE para aplicar un procedimiento en la rodilla

- Para una artroscopia: 159,03 días
- Para Prótesis Total: 164,08 días

---

<sup>72</sup> Los datos que se ofrecen son medias por PDI globales del HMM, no diferencian entre recursos propios o concertados o entre nivel asistencial del que se origina la petición. No obstante, todas las Ecografías y RMN solicitadas desde Atención Primaria son, sistemáticamente, derivadas a centros concertados, algunos TAC se realizan con recursos propios y todas las Rx simples las realiza el Servicio de Radiología del HMM

<sup>73</sup> No hay datos publicados para el caso de una Ecografía articular, así que he optado por incorporar la espera media de las ecografía en general.

## 8. Resultados del estudio cuantitativo

Análisis del cumplimiento del modelo de atención primaria de salud propuesto en Alma-Ata en la atención a los pacientes con un problema de rodilla

### 8.1. La anamnesis

El 99,4% de la muestra tiene registrado algún dato de la anamnesis, sin observarse diferencias significativas en el sexo ni en la edad de los pacientes. Pero no todas las variables de la anamnesis se comportan por igual.

La presencia de datos caracterizados como información adicional que recoge, en sentido amplio, algún aspecto de naturaleza psicosocial, está presente en 87 de los 313 casos (27,3%), siendo más registrada en hombres (36,3%) y estando relacionada con la edad y el cupo asistencial, en donde se observan diferencias entre el 14,89% y el 50,0%.

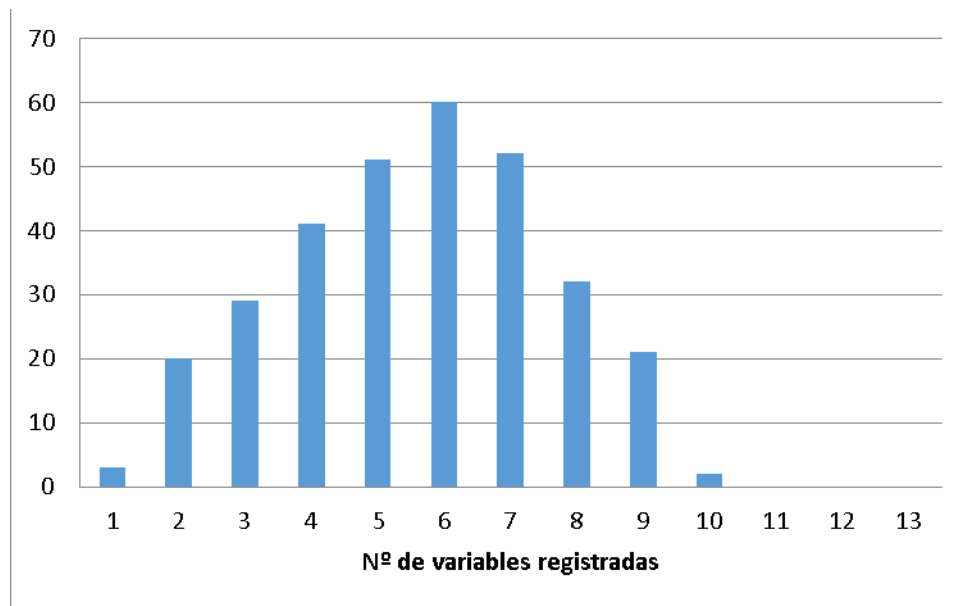
Dentro de las variables clínicas, mientras que la Lateralidad es la más registrada (98,4%), otras tienen muy pocos (Dolor de cadera o lumbar, Inestabilidad articular o Bloqueos) o ningún registro (fiebre). El registro de todas ellas no guarda relación con el sexo ni con la edad salvo el Origen y las Características del dolor en las que se han encontrado diferencias significativas según la edad de los pacientes (Tabla XXX).

**Tabla XXX. Registro de la Anamnesis. Sexo y Grupo de Edad**

Indicadores	Total de la muestra	Sexo			Grupo de Edad						
		Mujer	Hombre	Sig.	< 30	[30-39]	[40-49]	[50-59]	[60-69]	70 o más	Sig.
Registro de la anamnesis	311 (99,4)	166 (99,4)	145 (99,3)	1,000	50 (100,0)	40 (100,0)	61 (100,0)	53 (96,4)	49 (100,0)	58 (100,0)	0,093
Psicosocial	87 (27,3)	34 (20,4)	53 (36,3)	0,002	28 (44,0)	25 (37,5)	45(26,2)	38 (30,9)	39 (20,4)	51 (12,1)	0,004
Lateralidad	306 (98,4)	164 (98,8)	142 (97,9)	0,546	48 (96)	39 (97,5)	60 (98,6)	52 (98,1)	49 (100)	58 (100)	0,581
Origen	218 (70,1)	124 (74,7)	94 (64,8)	0,058	38 (76,0)	25 (62,5)	35 (57,4)	37 (69,8)	30 (61,2)	53 (91,4)	0,001
Días de Evolución	224 (72,0)	112 (67,5)	112 (77,2)	0,055	39 (78)	29 (72,5)	45 (73,8)	41 (77,3)	35 (71,4)	35 (60,3)	0,340
Características dolor	144 (46,3)	85 (51,2)	59 (40,7)	0,064	33 (66)	17 (42,5)	25 (41,0)	31 (58,5)	18 (36,7)	20 (34,5)	0,005
Modificadores del dolor	113 (36,3)	63 (38,0)	50 (34,5)	0,526	19 (38)	13 (32,5)	23 (37,7)	24 (45,3)	14 (28,6)	20 (34,5)	0,614
Tendencia del dolor	231 (74,3)	125 (75,3)	106 (73,1)	0,658	41 (82)	27 (67,5)	47 (77,0)	40 (75,5)	38 (77,5)	38 (65,5)	0,368
Inflamación	69 (22,2)	39 (23,5)	30 (20,7)	0,553	10 (20)	10 (25)	10 (16,4)	13 (24,5)	12 (24,5)	14 (24,1)	0,855
Derrame	181 (58,2)	101 (60,8)	80 (55,2)	0,312	27 (54)	25 (62,5)	34 (55,7)	32 (60,5)	30 (61,2)	33 (56,9)	0,95
Bloqueos	24 (7,7)	9 (5,4)	15 (10,3)	0,105	5 (10)	3 (7,5)	2 (3,3)	7 (13,2)	3 (6,1)	4 (6,9)	0,476
Funcionalidad	129 (41,5)	73 (44,0)	56 (38,6)	0,337	23 (46)	19 (47,5)	22 (36,1)	24 (45,3)	23 (46,9)	18 (31,0)	0,383
Inestabilidad	12 (3,9)	5 (3)	7 (4,8)	0,408	4 (8)	3 (7,5)	2 (3,3)	1 (1,9)	2 (4,1)	0 (0)	0,245
Dolor cadera o lumbar	7 (2,3)	6 (3,6)	1 (0,7)	0,176	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)	1 (1,9)	2 (4,1)	3 (5,2)	0,391
Fiebre	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-

Desde el punto de vista metodológico, al sumar el número de registros de las variables de anamnesis que contienen los episodios analizados como indicador valorativo de la misma, en ningún caso aparecen recogidas las 13 variables. La media del número de variables recogidas es de  $5.59 \pm 1,98$  siendo la mediana 6. (Ilustración 16)

**Ilustración 16. Porcentaje del N° de variables registradas en los episodios**



La presencia de más o menos registros no guarda relación con el sexo ni con la edad, pero sí con el episodio y con el cupo asistencial ( $p < 0,02$ ) (Tabla XXXI).

**Tabla XXXI. N° de registros en la Anamnesis**

	Número de Registros					p-valor*
	N	Media	DT	Mediana	P5-P95	
Total de la muestra	311	5,59	1,98	6,00	2,00-9,00	
Género						
Mujer	166	5,66	2,01	6,00	2,01 - 9,00	0,286
Hombre	145	5,50	1,96	5,00	2,30 - 9,00	
Grupo Edad						
< 30	50	5,98	1,74	6,00	3,00-9,00	0,340
[30-39]	40	5,63	1,76	6,00	2,05 - 8,95	
[40-49]	61	5,41	2,11	6,00	2,00-9,00	
[50-59]	53	5,94	1,86	6,00	2,00-9,00	
[60-69]	49	5,47	2,21	6,00	2,00-9,00	
70 o más	58	5,19	2,06	5,00	2,00-8,00	
Episodio						
Gonalgia	238	5,82	1,88	6,00	2 - 9	<b>0,019</b>
Gonartrosis	31	4,58	2,17	4,00	1,6 - 8	
Lesión Menisco	18	4,94	2,36	5,00	1 - .	
Lesión Rótula	5	4,40	2,07	4,00	2 - .	
Tendinitis	13	5,08	2,10	4,00	3 - .	
Otras	6	5,67	1,63	5,50	4 - .	
Médico						
1	34	6,26	1,26	6,00	4 - 9	<b>0,010</b>
2	34	5,79	1,57	6,00	3 - 9	
3	41	5,85	2,16	6,00	2 - 9	
4	46	4,50	2,13	4,00	2 - 9	
5	30	5,47	2,34	5,00	2 - 9,45	
6	28	5,61	2,20	5,50	2,45 - 9	
7	27	5,78	1,95	6,00	2,4 - 9,6	
8	39	5,95	1,72	6,00	3 - 8	
9	32	5,38	1,90	5,50	1,65 - 8,35	

\*Test Mann-Whitney para la variable género y Kruskal-Wallis para el resto de comparaciones

En los episodios que expresan un problema de rótula se registran menos variables que en los que el episodio abierto es una gonalgia (media  $4,40 \pm 2,07$  y  $5,98 \pm 1,74$  respectivamente). Asimismo, la pertenencia a un cupo asistencial se relaciona con un mayor o menor número de registros, con unas medias que oscilan entre  $6,26 \pm 1,26$  a  $4,50 \pm 2,13$ .

## 8.2. La exploración física

Se observa la presencia de alguna de las 10 variables analizadas en la exploración física en 212 casos (67,7%) sin encontrar diferencias significativas con el sexo ni la edad de los pacientes.

Las Maniobras de exploración de los meniscos (40,6%) seguidas de la búsqueda de Derrame/edema (34,9%) y de la exploración de los Ligamentos laterales (31,1%) son las más registradas. Por el contrario, la inspección bilateral (15,6%), la palpación tendinosa (15,6%) y la exploración de la cara posterior (7,7%) son las menos registradas. Ninguna guarda relación con el sexo del paciente pero la exploración de la limitación a la extensión de la rodilla y la palpación tendinosa sí que están relacionadas con la edad de los pacientes (Tabla XXXII).

**Tabla XXXII. Registro de la Exploración. Sexo y Grupo de Edad**

Indicadores	Total de la muestra	Sexo			Grupo de Edad						
		Mujer	Hombre	Sig.	< 30	[30-39]	[40-49]	[50-59]	[60-69]	70 o más	Sig.
Registro de la exploración	212 ( 67,7 )	114 (68,3)	98 (67,1)	0,830	39 ( 78 )	24 ( 60 )	43 ( 70,5 )	42 ( 76,4 )	30 ( 61,2 )	34 ( 41,4 )	0,120
Inspección bilateral	33 ( 15,6 )	20 ( 17,5 )	13 ( 13,3 )	0,392	5 ( 12,8 )	4 ( 16,7 )	9 ( 20,9 )	5 ( 11,9 )	4 ( 13,3 )	6 ( 82,4 )	0,875
Palpación lesión tendinosa	33 ( 15,6 )	19 ( 16,7 )	14 ( 14,3 )	0,634	5 ( 12,8 )	2 ( 8,3 )	10 ( 23,3 )	12 ( 28,6 )	2 ( 6,7 )	2 ( 94,1 )	<b>0,026</b>
Limitación a la extensión	34 ( 16,0 )	23 ( 20,2 )	11 ( 11,2 )	0,077	8 ( 20,5 )	1 ( 4,2 )	4 ( 9,3 )	4 ( 9,5 )	7 ( 23,3 )	10 ( 70,6 )	<b>0,041</b>
Signo del Cepillo Roce rotuliano	55 ( 25,9 )	28 ( 24,6 )	27 ( 27,6 )	0,621	12 ( 30,8 )	9 ( 37,5 )	7 ( 16,3 )	10 ( 23,8 )	9 ( 30 )	8 ( 76,5 )	0,455
Edema/derrame	74 ( 34,9 )	42 ( 36,8 )	32 ( 32,7 )	0,524	12 ( 30,8 )	8 ( 33,3 )	13 ( 30,2 )	13 ( 31 )	13 ( 43,3 )	15 ( 55,9 )	0,665
Exploración de Ligamentos Laterales	66 ( 31,1 )	34 ( 29,8 )	32 ( 32,7 )	0,657	13 ( 33,3 )	7 ( 29,2 )	15 ( 34,9 )	8 ( 19 )	12 ( 40 )	11 ( 67,6 )	0,494
Dolor interlinea	52 ( 24,5 )	27 ( 23,7 )	25 ( 25,5 )	0,758	8 ( 20,5 )	8 ( 33,3 )	6 ( 14 )	14 ( 33,3 )	9 ( 30 )	7 ( 79,4 )	0,263
Pruebas de Cajón anterior y posterior	39 ( 18,4 )	22 ( 19,3 )	17 ( 17,3 )	0,715	10 ( 25,6 )	7 ( 29,2 )	8 ( 18,6 )	7 ( 16,7 )	5 ( 16,7 )	2 ( 94,1 )	0,227
Maniobras Meniscales	86 ( 40,6 )	47 ( 41,2 )	39 ( 39,8 )	0,832	19 ( 48,7 )	8 ( 33,3 )	17 ( 39,5 )	20 ( 47,6 )	11 ( 36,7 )	11 ( 67,6 )	0,605
Exploración cara posterior de la rodilla	15 ( 7,1 )	7 ( 6,1 )	8 ( 8,2 )	0,567	2 ( 5,1 )	3 ( 12,5 )	1 ( 2,3 )	2 ( 4,8 )	3 ( 10 )	4 ( 88,2 )	0,461

Al realizar la estimación de la probabilidad de encontrar un resultado positivo en las exploraciones registradas, destacan la Palpación tendinosa y la Exploración de la cara posterior, siendo poco habitual encontrar un resultado positivo cuando se exploran los Ligamentos Cruzados (Pruebas de Cajón anterior y posterior) (Tabla XXXIII)





**Tabla XXXIII. Probabilidad de un Resultado Positivo en la Exploración Física**

Indicadores	Total	Resultado	
		Positivo	Proporción
Palpación lesión tendinosa	33 ( 15,6 )	30	0,9
Limitación a la extensión	34 ( 16,0 )	21	0,6
Signo del Cepillo Roce rotuliano	55 ( 25,9 )	25	0,5
Edema/derrame	74 ( 34,9 )	25	0,3
Exploración de Ligamentos Laterales	66 ( 31,1 )	26	0,4
Dolor interlinea	52 ( 24,5 )	31	0,6
Pruebas de Cajón anterior y posterior	39 ( 18,4 )	4	0,1
Maniobras Meniscales	86 ( 40,6 )	27	0,3
Exploración cara posterior de la rodilla	15 ( 7,1 )	13	0,9

*Nota.* Datos calculados sobre los sujetos sobre los cuales hay registros de exploración(N=212)

Cuando se contabiliza el número de registros de estas variables que incluyen los episodios se obtienen medias de  $2,3 \pm 1,78$  con mediana de 2. La cantidad de variables registradas no guarda relación con el sexo, la edad de los pacientes ni el episodio pero sí con el cupo asistencial. Según el cupo asistencial en el que esté adscrito el paciente, se registran más o menos variables de la exploración física en un rango de medias entre  $1,0 \pm 1,23$  y  $3,64 \pm 1,58$  (Tabla XXXIV).

**Tabla XXXIV. N° de registros en la Exploración Física**

	Número de Registros					p-valor
	N	Media	DT	Mediana	P25-P95	
Exploración	212	2,30	1,78	2,00	0,00 - 5,00	
Género						
Mujer	114	2,36	1,67	2,00	0,00 - 5,00	0,394
Hombre	98	2,22	1,91	2,00	0,00 - 5,00	
Grupo Edad						
< 30	39	2,41	1,82	2,00	0 - 5	0,934
[30-39]	24	2,38	2,04	2,00	0 - 6,5	
[40-49]	43	2,12	1,79	2,00	0 - 5	
[50-59]	42	2,24	1,94	2,00	0 - 5,85	
[60-69]	30	2,50	1,70	2,00	0 - 5	
70 o más	34	2,24	1,50	2,00	0 - 5	
Episodio						
Gonalgia	174	2,27	1,74	2,00	0 - 5	0,244
Gonartrosis	15	2,33	1,76	2,00	0 - .	
Lesión Menisco	9	3,56	2,35	4,00	1 - .	
Lesión Rótula	2	3,00	1,41	3,00	0 - .	
Tendinitis	10	1,80	1,93	1,00	0 - .	
Otras	2	0,50	0,71	0,50	0 - .	
Médico						
1	23	2,00	1,95	1,00	0 - 5,8	0,000
2	23	1,78	1,83	2,00	0 - 5	
3	26	3,04	1,71	3,00	0 - 5,65	
4	22	1,00	1,23	1,00	0 - 4,7	
5	21	2,33	1,28	2,00	0 - 4,9	
6	21	2,19	1,54	2,00	0 - 4,9	
7	20	2,65	2,08	3,00	0 - 5,95	
8	33	3,64	1,58	4,00	0,7 - 6,3	
9	23	1,35	1,03	1,00	0 - 3,8	

\*Test Mann-Whitney para la variable género y Kruskal-Wallis para el resto de comparaciones

### 8.3. Resultados de la tecnología aplicada según evidencia científica

Se solicitaron Pruebas de Diagnóstico por Imagen (PDI) en 145 casos (46,3%) (ver Tabla XXXV). De ellas se ha encontrado justificada la solicitud en el 85,5% de las ocasiones, pero sólo en el 59,7% se ha elegido el tipo de prueba adecuado. Cuando se analiza si, tras la solicitud de la prueba, se registran los resultados en la historia clínica, se observa que sólo se registran en el 79,5% de las ocasiones. En las cuatro variables se observa una distribución irregular dependiendo del cupo asistencial al que esté adscrito el paciente.

**Tabla XXXV. Uso de las Pruebas de Diagnóstico por Imagen**

	<b>Solicitud</b>	<b>Adecuación</b>	<b>Elección</b>	<b>Registro</b>
Totales	145 (46,3)	124 (85,5)	74 (59,7)	110 (79,5)
Médico				
1	11 (31,4)	9 (81,8)	7 (77,8)	6 (54,5)
2	16 (47,1)	15 (93,8)	4 (26,7)	11 (68,8)
3	14 (33,3)	10 (71,4)	5 (50,0)	13 (92,9)
4	21 (45,7)	14 (66,7)	8 (57,1)	14 (66,7)
5	17 (56,7)	15 (88,2)	10 (66,7)	13 (76,5)
6	14 (50,0)	13 (92,9)	9 (69,2)	10 (71,4)
7	14 (51,9)	14(100,0)	9 (64,3)	11 (78,6)
8	23 (59,0)	20 (87,0)	13 (65,0)	20 (87,0)
9	15 (46,9)	14 (93,3)	9 (64,3)	12 (80,0)

La PDI más solicitada ha sido la Rx simple (60,7%) seguida de la RMN (33,8%). Cuando se analiza el porcentaje de elección adecuada sobre el total de cada prueba, en el 88,6% de los casos la Rx simple se ha elegido correctamente, situación parecida a la de la RMN, pero la elección correcta de la ECO solo alcanza el 66,7%.

El episodio que más PDI genera es la Gonalgia en cualquiera de las pruebas solicitadas, mientras que es excepcional la solicitud de pruebas por una Tendinitis. Se observa una distribución muy irregular a la hora de elegir el tipo de prueba en función del cupo asistencial. En función del cupo, los pacientes adscritos tienen más o menos posibilidades de que le sea solicitada una prueba u otra. La elección de una RMN puede suponer el 64,3% de todas las pruebas que solicita un médico (cupos 3) o sólo un 17,4% (cupos 8) (Tabla XXXVI).

**Tabla XXXVI. Tipo de PDI elegida y adecuación de la misma a la evidencia**

	<b>Rx Simple</b>	<b>RMN</b>	<b>ECO</b>	<b>Otras</b>
Totales	88 (60,7)	49 (33,8)	6 (4,1)	2 (1,4)
Elección Adecuada	78 (88,6)	40 (81,6)	4 (66,7)	2 (1,4)
Episodio <sup>1</sup>				
Gonalgia	74 (51,0)	37 (25,5)	4 (2,8)	2 (1,4)
Gonartrosis	8 (5,5)	2 (1,4)	2 (1,4)	0 (0,0)
L Menisco	0 (0,0)	9 (6,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
L Rótula	3 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tendinitis	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Otras	2 (1,4)	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Médico <sup>2</sup>				
1	7 (63,6)	3 (27,3)	1 (9,1)	0 (0,0)
2	11 (68,8)	4 (25,0)	0 (0,0)	1 (6,3)
3	3 (21,4)	9 (64,3)	2 (14,3)	0 (0,0)
4	13 (61,9)	8 (38,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
5	10 (58,8)	5 (29,4)	1 (5,9)	1 (5,9)
6	10 (71,4)	4 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
7	8 (57,1)	6 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
8	17 (73,9)	4 (17,4)	2 (8,7)	0 (0,0)
9	9 (60,0)	6 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

<sup>1</sup> Porcentajes calculados sobre total de PDI solicitadas (n=145)

<sup>2</sup> Porcentajes calculados sobre total de cada cupo asistencial

Mediante una regresión logística (Odds Ratio cruda), los factores asociados a la solicitud de pruebas son en la anamnesis, son las variables registradas sobre los días de evolución del problema, la tendencia del dolor, bloqueos articulares o sobre la funcionalidad de la rodilla. En cuanto a la exploración física se asocia a pedir o no una PDI el registro sobre la inspección bilateral o sobre edema/derrame, la palpación tendinosa, la palpación de la interlínea, la exploración de los Ligamentos Cruzados y la exploración de los meniscos (Tabla XXXVII).

**Tabla XXXVII. Análisis de Regresión logística de los factores asociados a la solicitud de PDI**

Categorías	n*		OR cruda	95% IC		OR ajustada	95% IC	
	Si	No						
Anamnesis								
Lateralidad	143	165	1,30	0,21	7,89			
Origen	101	117	1,00	0,62	1,62			
Días de Evolución	113	111	<b>1,81</b>	<b>1,09</b>	<b>3,01</b>	1,42	0,83	2,45
Características dolor	74	70	1,46	0,93	2,28			
Modificadores del dolor	49	64	0,83	0,52	1,32			
Tendencia del dolor	119	112	<b>2,29</b>	<b>1,34</b>	<b>3,90</b>	<b>2,02</b>	<b>1,17</b>	<b>3,48</b>
Inflamación	31	38	0,93	0,54	1,59			
Derrame	88	93	1,25	0,79	1,95			
Bloqueos	17	7	<b>3,05</b>	<b>1,23</b>	<b>7,59</b>	2,36	0,92	6,04
Funcionalidad	72	57	<b>1,92</b>	<b>1,22</b>	<b>3,03</b>	1,58	0,98	2,54
Inestabilidad	6	6	1,17	0,37	3,70			
Dolor cadera o lumbar	3	4	0,87	0,19	3,94			
Fiebre	0	0	-	-	-			
Exploración								
Inspección bilateral	22	11	<b>2,55</b>	<b>1,19</b>	<b>5,47</b>	<b>2,57</b>	<b>1,15</b>	<b>5,75</b>
Palpación lesión tendinosa	7	26	<b>0,28</b>	<b>0,12</b>	<b>0,66</b>	<b>0,18</b>	<b>0,07</b>	<b>0,46</b>
Limitación a la extensión	18	16	1,35	0,66	2,75			
Signo del Cepillo Roce rotuliano	26	29	1,05	0,58	1,88			
Edema/derrame	45	29	<b>2,16</b>	<b>1,27</b>	<b>3,67</b>	1,70	0,94	3,07
Exploración de Ligamentos Laterales	36	30	1,52	0,88	2,62			
Dolor interlinea	34	18	<b>2,55</b>	<b>1,37</b>	<b>4,75</b>	<b>2,60</b>	<b>1,26</b>	<b>5,34</b>
Pruebas de Cajón anterior y posterior	25	14	<b>2,29</b>	<b>1,14</b>	<b>4,60</b>	1,97	0,90	4,31
Maniobras Meniscales	48	38	<b>1,69</b>	<b>1,03</b>	<b>2,79</b>	1,02	0,52	2,00
Exploración cara posterior de la rodilla	9	6	1,79	0,62	5,15			

**Nota.** Las categorías indican el registro de anamnesis o exploración en cada uno de sus indicadores

\* Indica el número de sujetos a los que se les solicitó o no PDI para los que existe registro en cada indicador

### **8.3. Resultado final del proceso asistencial**

Tras el proceso asistencial se observa (ver Tabla XXXVIII) una mejora en la precisión diagnóstica en el 52,7% de los casos. Esta mejora se observa en ambos sexos, en la mayoría de los grupos de edad y de los cupos asistenciales. También se encuentra una mayor precisión diagnóstica cuando se registra la anamnesis y la exploración o cuando se solicita una PDI, sobre todo cuando la solicitud se adecua a la evidencia científica y se selecciona la prueba recomendada por ella.

**Tabla XXXVIII. Precisión diagnóstica tras el proceso asistencial**

	<b>no</b>	<b>si</b>
Totales	148 (47,3)	165 (52,7)
Sexo		
Hombre	70 (47,9)	76 (52,1)
Mujer	78 (46,7)	89 (53,3)
Edad		
<30	25 (50,0)	25 (50,0)
[30-39]	20 (50,0)	20 (50,0)
[40-49]	31 (50,8)	30 (49,2)
[50-59]	22 (40,0)	33 (60,0)
[60-69]	20 (40,8)	29 (59,2)
70 o más	30 (51,7)	28 (48,3)
Médico		
1	18 (51,4)	17 (48,6)
2	16 (47,1)	18 (52,9)
3	20 (47,6)	22 (52,4)
4	23 (50,0)	23 (50,0)
5	15 (50,0)	15 (50,0)
6	13 (46,4)	15 (53,6)
7	11 (40,7)	16 (59,3)
8	17 (43,6)	22 (56,4)
9	15 (46,9)	17 (53,1)
Psicosocial		
No	107 (47,3)	119 (52,7)
Si	41 (47,1)	46 (52,9)
Anamnesis		
No	0 (0,0)	2 (100,0)
Si	148 (47,6)	163 (52,4)
Exploración		
No	49 (50,5)	48 (49,5)
Sí	99 (45,8)	117 (54,2)
Solicitud PDI		
No	95 (56,5)	73 (43,5)
Si	53 (36,6)	92 (63,4)
Adecuación de la solicitud		
No	50 (49,0)	52 (51,0)
Si	98 (46,4)	113 (53,6)
Elección adecuada		
No	15 (30,0)	35 (70,0)
Si	28 (37,8)	46 (62,2)

Asimismo (ver Tabla XXXIX), cuando se investiga, con otra regresión logística, los factores asociados a la precisión diagnóstica, se encuentra una relación con el registro de los días de evolución, las características del dolor, la funcionalidad de la articulación y la palpación tendinosa.

**Tabla XXXIX. Análisis de Regresión logística de los factores asociados a la precisión diagnóstica**

Categorías	Si	No	OR cruda	95% IC		OR ajustada	95% IC	
Anamnesis								
Lateralidad	147	161	0,61	0,10	3,69			
Origen	110	108	1,40	0,86	2,28			
Días de Evolución	122	102	<b>2,61</b>	<b>1,55</b>	<b>4,38</b>	<b>2,53</b>	<b>1,50</b>	<b>4,26</b>
Características dolor	79	65	<b>1,68</b>	<b>1,07</b>	<b>2,63</b>	1,27	0,79	2,05
Modificadores del dolor	55	58	1,05	0,66	1,66			
Tendencia del dolor	112	119	1,09	0,66	1,81			
Inflamación	35	34	1,15	0,68	1,97			
Derrame	89	92	1,13	0,72	1,76			
Bloqueos	11	13	0,91	0,40	2,11			
Funcionalidad	72	57	<b>1,72</b>	<b>1,09</b>	<b>2,70</b>	<b>1,64</b>	<b>1,03</b>	<b>2,60</b>
Inestabilidad	6	6	1,09	0,34	3,46			
Dolor cadera o lumbar	2	5	0,43	0,08	2,23			
Fiebre	0	0						
Exploración								
Inspección bilateral	19	14	1,54	0,74	3,20			
Palpación lesión tendinosa	25	8	<b>3,87</b>	<b>1,69</b>	<b>8,89</b>			
Limitación a la extensión	17	17	1,10	0,54	2,24			
Signo del Cepillo Roce rotuliano	30	25	1,38	0,77	2,48			
Edema/derrame	40	34	1,38	0,82	2,33			
Exploración de Ligamentos Laterales	37	29	1,51	0,88	2,61			
Dolor interlinea	28	24	1,33	0,73	2,41			
Pruebas de Cajón anterior y posterior	20	19	1,17	0,60	2,28			
Maniobras Meniscales	43	43	1,12	0,68	1,84			
Exploración cara posterior de la rodilla	11	4	3,15	0,98	10,10			

**Nota.** Las categorías indican el registro de anamnesis o exploración en cada uno de sus indicadores

\* Indica el número de sujetos para los que se tuvo o no precisión diagnóstica existiendo registro en cada indicador

Cuando se compara (ver Tabla XL) el diagnóstico definitivo tras el proceso de atención en relación con el episodio, se observa que un mismo episodio puede contener a varios diagnósticos, por lo que en los 313 episodios se han detectado 324 diagnósticos. El diagnóstico de lesión meniscal se encuentra incluido con más frecuencia en el episodio Gonalgia (L-15 en la CIAP-2) que en el suyo propio (L-96); por otra parte, la tendinitis en la rodilla se ubica en diferentes episodios como Gonalgia, Gonartrosis (L-90) o Tendinitis general (L-87).



**Tabla XL. Relación entre Episodios y Diagnósticos encontrados**

Diagnósticos	Episodios						Totales
	Gonalgia	Gonartrosis	LMenisco	L Rótula	Tendinitis	Otras	
Gonalgia	100 (99,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	101
Gonartrosis	39 (60,0)	26 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	65
contusión rodilla	24 (96,0)	1 (4,0)	0(0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	25
Lesión meniscal	19 (54,3)	1 (2,9)	15 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	35
Lesión Lig. Cruzados	5 (71,4)	0 (0,0)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7
Quiste de Baker	10 (76,9)	1 (7,7)	2 (15,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	13
Condropatía rotuliana	12 (80,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	15
Esguince rodilla	7 (77,8)	2 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9
Osgood-schlatter	2 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	3
Fractura tibia/peroné	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3
Otras	6 (60,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (40,0)	10
Tendinitis Pata de Ganso	10 (58,8)	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (35,3)	0 (0,0)	17
Tendinitis cuádriceps	6 (85,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	7
Tend/Calcific. rotuliana	7 (77,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	0 (0,0)	9
Tendinitis rodilla	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (100,0)	0 (0,0)	5
Totales	249 (76,9)	33 (10,2)	20 (6,2)	3 (0,9)	13 (4,0)	6 (1,9)	324

## 9. Discusión de los resultados

## **9.1. Comparación del modelo APS Integral con el APS España en la atención a los pacientes con problemas de rodilla.**

Evaluar a aplicación del modelo APS integral surgido de Alma-Ata a la práctica médica cotidiana no es tarea fácil. En primer lugar por la propia complejidad del modelo, que contempla un enorme campo conceptual donde, cada concepto o cada parámetro del modelo, ha generado un gran desarrollo específico incorporando nuevas ideas y conceptos. En segundo lugar, porque no se han encontrado publicaciones de referencia en nuestro medio (APS España) que serían las más interesantes ya que partirían de los condicionamientos específicos propios de nuestro país, por una parte, en materia de política y gestión sanitarias y, por otra, en la práctica médica. En tercer lugar, la evaluación se preocupa por “lo que se ha hecho” y no tanto por “lo que se va a hacer”, obligando por tanto a estudios retrospectivos. Por último, en cuarto lugar, como consecuencia del anterior, surge el problema del registro de la actividad, expresado en la controversia entre “lo que se ha hecho” y “lo que se ha registrado”. Y esto adquiere una dimensión mayor cuando, conscientemente, se pretende evaluar un problema de salud (dolor de rodilla) no sujeto a programas o protocolos impulsados por la administración sanitaria para priorizar y concentrar la actividad asistencial de los profesionales sanitarios.

No hay que olvidar la selección de la muestra efectuada. El que sólo se hayan analizado todos los registros de los cupos asistenciales que alcanzaran un mínimo de un 75% de episodios con algún registro en texto libre (9 de 14 cupos) es partir de la posición más ventajosa pero fue una solución necesaria para obtener una casuística suficiente con capacidad de análisis.

En cualquier proceso evaluativo, se parte siempre de la premisa de que lo “no registrado” equivale a lo “no efectuado” y esta es una primera reflexión importante de la tesis. Porque lo no registrado puede tener diferentes causas y no es sólo una característica de cada profesional, sin olvidar que la práctica médica está llena de matices, de circunstancias, de momentos y de estrategias que confieren una relevancia especial a la relación médico-paciente.

Por regla general, cabría aceptar que una desviación significativa de un profesional a la norma o media del comportamiento del resto pudiera estar relacionada con el mismo (no obstante, sería prudente analizar las circunstancias especiales), pero cuando el fenómeno

adquiere características de grupo las causas hay que buscarlas en el propio sistema asistencial (organización, estructura y procedimientos).

¿Se aplica el modelo biopsicosocial cuando se atiende a un paciente con problemas de rodilla? ¿Es un comportamiento común entre los médicos?

Con los datos obtenidos en el estudio, se puede afirmar que la APS carece, para los problemas de rodilla, de un buen sistema de registro, presenta una insuficiente atención biopsicosocial y una gran variabilidad profesional en la metodología basada en evidencias científicas y en la tecnología aplicada. Asimismo, se constata el campo de mejora que debe experimentar la atención a estos pacientes para optimizar el uso de recursos diagnósticos que conduzca a una mayor precisión diagnóstica de los problemas de rodilla en aras a aplicar terapias integrales que mejoren su calidad de vida.

### **¿Se puede desarrollar el modelo de atención integral?**

Como ya se ha comentado a lo largo de la tesis, la longitudinalidad es la clave para conocer al paciente en un sentido biopsicosocial (90), con ella, un profesional que practique este modelo de atención, puede llegar a acercarse al conocimiento de sus contextos personales, familiares y de relación social. Pero este modelo se ha de aplicar en todo momento, en todo contacto médico-paciente, y esto obliga a interaccionar en situaciones específicas como, en el caso que nos ocupa, cuando el paciente expresa un problema de rodilla.

Un problema de rodilla puede producir una pérdida de la autonomía del paciente temporal (agudo) o permanente (crónico) e, independientemente del conocimiento global que se tenga del mismo, es importante conocer los efectos de esta pérdida tanto en las esferas emocionales y afectivas como en el impacto que producen en el funcionamiento familiar (cambios de roles y dinámicas), en el académico/laboral, de relación social y en el económico. Reconocer esa concreción obliga a disponer del suficiente tiempo de atención para investigar necesidades sobrevenidas de cuidados y detectar posibles complicaciones derivadas del dolor y la pérdida de autonomía antes de que el proceso se abigarré y adquiriera una mayor complejidad (depresión, ansiedad, etc.) (226).

Pero el escenario en el que se presenta este modelo de atención presenta una media de tiempo de atención en la consulta médica de menos de seis minutos por paciente (ya

analizado en la tesis) y son los profesionales los únicos que han criticado esta ineficiencia (261) sin que la administración sanitaria haya considerado esto una prioridad. Desde este punto de vista, la respuesta a la pregunta es que resulta muy difícil aplicar el modelo en la coyuntura actual que presenta la APS España.

Es evidente que, aunque el tiempo de atención puede considerarse una condición necesaria, no sería suficiente si no se produce un cambio global en la formación de los profesionales (incluyendo la pregrado), si no se introducen incentivos profesionales (no necesariamente económicos) y si no se incorporan herramientas de ayuda para la práctica clínica de estos.

### **¿Está diseñada la HCE (OMIap) para el modelo de atención integral?**

La historia clínica y los papeles que la acompañan constituyen el símbolo de una individualidad restringida en donde muchos de los factores específicos y singulares de cada persona se encuentran ocultos tras la estandarización de la etiqueta de clasificación que conforma grupos de pacientes homogéneos. La introducción de la tecnología, cuya máxima expresión es el ordenador, ha modificado la APS, su producción y la relación médico-paciente, adquiriendo una preponderancia casi insólita. La acción de registrar se sobrepone a todas las demás. La pantalla termina por desplazar al enfermo como fuente de información. La conversación, las narraciones del paciente y su cuerpo se subordinan ante la información registrada. Esta es el punto de referencia que constituye los sentidos de la consulta. Así, cada episodio contribuye a conformar una serie, que se transforma en la fuente principal de la valoración. Eso es lo que queda para el siguiente encuentro, es lo sólido (262).

Esto, que entra en franca contradicción con lo expresado antes sobre la evaluación y el registro, es un hecho objetivo; y ambas afirmaciones son ciertas, por lo que sólo la habilidad del profesional para incorporar al campo de “lo normal” lo que, en realidad, es un elemento extraño, puede integrar esta dualidad propia de la práctica médica habitual.

Si bien, como afirma la empresa Stacks, OMIap en sus comienzos fue el fruto del debate con los profesionales sanitarios (209), tanto en su diseño como en sus desarrollos posteriores, la aplicación responde más a las necesidades de registro del modelo

biomédico que del biopsicosocial y su lógica está supeditada a cubrir intereses de la administración sanitaria (gestión) que los de la práctica profesional.

Un ejemplo de ello es el registro de datos correspondientes a la atención de pacientes con problemas de rodilla. La ausencia de protocolos y planes personales para estos pacientes generan un infrarregistro, cuando no una deficiente calidad asistencial, incluso de los datos biomédicos que traduce la gran variabilidad encontrada entre los cupos asistenciales (263).

Si esta insuficiencia es notoria en los datos clínicos de la medicina tradicional, es espectacular con los psicosociales o con los relacionados con los factores propios del paciente como creencias o afrontamientos.

El problema tiene difícil solución por dos aspectos que están en la raíz del mismo. ¿Sería posible una atención profesional protocolizada en todas las casuísticas que se presentan en la práctica asistencial? ¿Se podrían protocolizar todos, o la mayoría, de los elementos que contextualizan a cada paciente? En relación a la primera pregunta, la lógica indica que no, que sería imposible y desaparecería la naturalidad de la relación médico-paciente. En cuanto a la segunda, cabe pensar que los aspectos de contextualización global del paciente en cada problema de salud que exprese, trascienden al registro y, por lo tanto, no se pueden evaluar con las mismas técnicas que se emplean con los parámetros biomédicos. Por esta razón, en la metodología del estudio se ha optado por incluir en la variable psicosocial toda aquella información contenida en texto libre del episodio que contemplara al menos algún aspecto del paciente distinto a las variables clínicas estudiadas. Con ello, simplemente se hace una aproximación a una práctica médica en la que estos otros contenidos de la entrevista clínica, merecen también ser registrados.

### **¿Responde la CIAP-2 a las necesidades de la atención clínica?**

Stacks justifica que OMIap es un programa para la APS porque cubre las necesidades de registro de los aspectos biopsicosociales al integrar la CIAP-2 (264) pero esta afirmación precisa ser verificada.

Es incuestionable el papel que ha desempeñado la CIAP-2 en el desarrollo de la APS al cambiar el concepto de enfermedad, propio del modelo biomédico, por el de problema de salud (síntoma/motivo de consulta) (265). Tampoco se puede negar la ayuda que ha

supuesto en la práctica clínica al reconocer una de sus características más determinantes, la incertidumbre. Otra virtud de la CIAP-2 es cómo ha contemplado los problemas psicosociales y los psicosomáticos.

El problema es que la complejidad del acto médico en APS no puede resolverse con una codificación. Un dolor torácico puede ser la expresión de una reacción de duelo pero es una hipótesis que hay que confirmar o, mejor dicho, precisa de un diagnóstico diferencial. La tendencia profesional es optar por el síntoma antes que arriesgarse a una interpretación errónea, por lo que los códigos psicosociales rara vez se documentan (266).

Aunque actualmente se están elaborando la CIE-11 y la CIAP-3 (267), a la vez que la UT-CIAP del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad está desarrollando extensiones de la CIAP-2, el registro de los datos obtenidos desde una atención biopsicosocial sigue sin ser resuelto y no parece que su solución pase por la CIAP que, aun perfeccionando sus contenidos y cumpliendo su función clasificatoria, sólo puede ser considerada como una herramienta más para la práctica médica. ¿Cómo registrar el sufrimiento?

### **Principales resultados en anamnesis y exploración física**

Hay suficientes estudios de calidad para avalar las variables contenidas en el análisis efectuado (268–271), pero no se han encontrado estudios similares sobre el cumplimiento de las mismas en nuestro medio. Por otra parte, no hay que olvidar que la obtención de datos de la anamnesis es un proceso continuo de aceptación o rechazo de hipótesis parciales en una entrevista semiestructurada que va avanzando progresivamente hasta alcanzar (sin que siempre se pueda conseguir) una hipótesis definitiva. Así, es razonable que algunas variables de la anamnesis no sean recogidas al ser excluidas durante el proceso (v.g. Fiebre). Una explicación distinta apoya el hecho del alto porcentaje de registros que se observa en la variable Lateralidad. Este es un ejemplo del efecto del diseño de la HCE. Cuando se abre un episodio con problemas específicos de la rodilla, OMIap obliga a definir esta variable para aceptar el episodio, por lo que todos la incluyen. En cambio, cuando se abre uno inespecífico (v.g. Tendinitis) el programa no obliga a definirla, por lo que, en aquellos que aparece, es fruto de la decisión del profesional para incorporar ese registro.

Entre un caso y el otro hay un amplio abanico de variables que son más o menos determinantes para establecer una hipótesis clínica y decidir la conveniencia o no de solicitar una PDI que la confirme. Dentro de ellas, el Origen (traumático o no) y los Días de evolución (agudo o crónico) deberían estar completamente registradas. Pero los resultados ofrecen porcentajes inferiores a los deseados (71,1 y 72,0% respectivamente) y, probablemente, utilizar la experiencia en la mejora del registro de la Lateralidad podría ser una buena opción.

Aun admitiendo que está justificada la no presencia de todas las variables en el episodio, sí se ha comprobado una relación directa entre el número de variables registradas y la precisión diagnóstica.

A diferencia de las anteriores, las variables de exploración física sí deberían ser registradas en su totalidad independientemente de la hipótesis diagnóstica, ya que no solo tienen un valor confirmatorio la presencia de una exploración positiva, sino que, además, la ausencia de signos positivos en el resto reafirma la calidad de la hipótesis. En cambio, los resultados avalan una insuficiencia de registro que expresa un déficit metodológico. Tan solo se registra al menos una variable en 67,7% de los casos y se aprecia una falta de sistematización en la exploración física de estos pacientes.

El que el estudio haya optado por analizar variables exploratorias con sentido topográfico ha permitido homogeneizar los datos exploratorios que aproximan más a la evaluación de “lo hecho”. Es cierto que una descripción de las pruebas y maniobras empleadas definiría mejor la evidencia científica pero, ya en el pilotaje, se observó la dificultad que entrañaba ante la calidad de los registros y, probablemente minusvaloraría el sentido esencial de la evaluación metodológica.

En la mayoría de manuales sobre el tema, se plantea una exploración topográfica que empieza en tendido prono con una inspección bilateral para detectar deformidades o asimetrías, seguida de una palpación para valorar edemas o derrames y, más tarde, continuar con la Rótula, Ligamentos laterales, Tendones, Interlínea, Ligamentos cruzados y Meniscos. Después, se coloca al paciente en supino para explorar cara posterior y realizar otras maniobras meniscales.

Sorprende pues que la estructura de la rodilla más registrada en la exploración sean los meniscos (40,6%), máxime cuando no es la más rentable desde el punto de vista de la obtención de resultados positivos (3 de cada 10 exploraciones). En cambio, las



exploraciones que más resultados positivos obtienen son la palpación de tendones y la exploración de la cara posterior (9 de cada 10) que son de las que menos se practican (15,6% y 7,1% respectivamente). Una posible explicación de esto es que ya se explora con una hipótesis parcial y se busca la confirmación de la misma sin atender al valor que representa la exploración negativa del resto. Esto no es más que una elucubración lógica pero dejando claro que se vincula a la elaboración de hipótesis parciales y no a los códigos de episodio donde se ha comprobado no se ha encontrado una relación significativa entre el episodio y el número de exploraciones físicas efectuadas.

### **Uso adecuado de la tecnología en pacientes con problemas de rodilla**

Desde que en 2008 el SMS amplió el Catálogo de Pruebas de Diagnóstico por Imagen (PDI) que podían ser solicitadas en Atención Primaria dentro de la estrategia AP-21 (166) la prescripción de estas entre 2008 y 2011 se incrementó un 205% sin que se hayan establecido unos criterios de calidad (272) ni de seguridad del paciente (efectos adversos y sobrediagnóstico médico) produciendo la cascada diagnóstico terapéutica (273). Por otra parte, la gravedad del uso inadecuado de la tecnología sanitaria es un asunto lo suficientemente grave como para que la OMS adoptara la resolución WHA60.29 alentando a la comunidad internacional a establecer un marco para el desarrollo de programas nacionales de tecnología sanitaria básica que tengan efectos positivos sobre la carga de morbilidad y garanticen un uso eficaz de los recursos (274).

De todas las PDI solicitadas por el EAP del CSF, la atención a los problemas de rodilla es la que más pruebas ha producido (7,72% de todas las PDI solicitadas en 2012)<sup>74</sup>. En los resultados obtenidos en el estudio, se han solicitado pruebas en el 46,3% de los casos y, de estos, un 33,8% de las pruebas ha sido la RMN.

Para poder evaluar si se ha hecho el uso adecuado de la tecnología que propugna la APS Integral habría que valorar si los resultados son los esperados, la ausencia de estándares de calidad del uso adecuado de PDI en este problema de salud dificulta mucho su evaluación. No obstante, los parámetros sobre los que se ha establecido la evaluación (las

---

<sup>74</sup> Provencio M, Barceló J, Cárceles C, García N, Martínez J, Hidalgo I. Pruebas de imagen solicitadas en un equipo de atención primaria. XXXIII Congreso Nacional SEMFYC, Granada. 2013

recomendaciones del grupo de MBE de Osakidetza (254)) son un buen recurso para el análisis de la adecuación de las pruebas a la evidencia científica.

La simplificación de las recomendaciones al estructurarlas en función de dos variables básicas (días de evolución –agudo o crónico y origen traumático o no) facilita el análisis de la evaluación. El problema surge cuando estas variables no han sido recogidas por lo que, en tales casos, ha sido necesario elaborar hipótesis clínicas en función de la anamnesis y la exploración física registrada. El procedimiento ha demostrado su eficacia para responder si la solicitud de PDI ha sido correcta y si la PDI solicitada se corresponde con la que recomienda la evidencia científica.

Sorprende no haber encontrado relación entre el Origen y la solicitud de PDI cuando este es un determinante básico para la decisión pero sí tiene sentido que los días de evolución, una mala evolución del dolor (tendencia), la presencia de bloqueos y la funcionalidad de la articulación (discapacidad) sí se relacionen con la solicitud. También tiene sentido la relación encontrada entre las variables exploratorias.

Para responder a la pregunta, se puede otorgar una calificación de aprobado alto al uso de la tecnología aplicada a los problemas de rodilla.

### **Del episodio al diagnóstico**

Para poder comprender las diferencias encontradas entre episodio y diagnóstico definitivo hay que aclarar una característica específica de la práctica médica en APS. Con la incorporación de la HCE, e incluso antes cuando en algunos EAPs se codificaba en plantillas con códigos CIE-9 la actividad asistencial, el médico ha de establecer a priori el problema de salud (episodio) en un contexto de máxima incertidumbre y contrarreloj. El paciente puede presentar síntomas recién aparecidos, la mayoría de las veces poco definidos, y que pueden orientar a diferentes problemas de salud. Otras veces, la anamnesis y exploración iniciales no son concluyentes y precisan del uso de pruebas complementarias que contribuyan al diagnóstico. También es posible establecer explicaciones clínicas erróneas o dudosas que, posteriormente, han de ser reelaboradas. Pero, en el contexto de estrés profesional que supone el tiempo de atención en consulta, las decisiones han de establecerse en ínfimas fracciones de tiempo. Esto explica la tendencia del profesional para seleccionar episodios genéricos que permitan cerrar la

atención del paciente para ocuparse del siguiente caso. En atención hospitalaria, la codificación del proceso se efectúa una vez terminado el mismo, por lo que se puede establecer con mayor seguridad y precisión.

Es cierto que el poder gestionar la longitudinalidad de la atención es de gran ayuda en la precisión diagnóstica pero entonces surgen dos dudas importantes. La precisión diagnóstica debe codificarse sobre una clasificación de problemas de salud (CIAP-2) o sobre una clasificación de enfermedades (CIE). El sentido de la APS indicaría que lo correcto sería sobre la primera pero esta, como ya se ha mencionado, dista mucho de ser una herramienta útil para diagnósticos. E, incluso aunque el problema de salud definido al final del proceso asistencial coincidiera con un diagnóstico específico de la CIAP, ¿sería conveniente modificar el primero para ser precisar el segundo? Si se modificara el episodio, por una parte, podrían aparecer conflictos entre los estudios epidemiológicos de las razones de consulta de los pacientes y sus patologías y, por otra, se producirían sesgos en la evaluación de la calidad asistencial y la optimización de recursos al incluir pruebas diagnósticas en principio no indicadas en función del resultado final (diagnóstico). Estas dudas, no están resueltas en la actualidad y no hay recomendaciones del criterio a emplear.

Pero, en cualquier caso, los resultados del estudio otorgan cierto respaldo a los procesos asistenciales efectuados, en unos porcentajes superiores al 50%, puede concluirse que ha sido beneficioso al mejorar la precisión diagnóstica y permitir el diseño de las mejores estrategias terapéuticas para mejorar la salud de los pacientes.

### **¿Hay equidad en la atención cuando se observa variabilidad en la práctica clínica?**

Son muchas las dimensiones de la equidad en salud (275) pero se pueden sintetizar en dos escenarios, la equidad en las prestaciones de los sistemas sanitarios y la equidad en la atención dispensada a un paciente. En el primer caso, se pueden considerar dos valores básicos: la universalidad y la accesibilidad. La primera puede considerarse, con la salvedad expuesta anteriormente, que APS España cumple con el modelo APS integral; la segunda también puede considerarse cumplida desde la atención primaria pero presenta un problema en la distinta atención que separa el mundo rural del urbano en el acceso a pruebas y atención médica de segundo nivel está mucho más restringida (276).

Este es un problema a escala mundial ya denunciado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (101) y, en España, cuando se pregunta a la población sobre el tema, un 55,4% de los encuestados, responden que la sanidad pública no presta los mismos servicios a todos los ciudadanos en función de que se viva en una zona rural o en una ciudad (277).

La evaluación de la equidad en un centro urbano ubicado en uno de los barrios más favorecidos de la capital de la Región no puede analizarse sobre los parámetros anteriores. No obstante, sí que hay una dimensión de la equidad que es la relacionada con la variabilidad de la práctica médica.

Este fenómeno ya fue descrito por Wennberg en 1973 (278) y supone uno de los mayores retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios en general y la APS en particular por la extensa tipología de servicios sanitarios: actuaciones preventivas, pruebas diagnósticas, derivaciones, hospitalizaciones, visitas, procedimientos quirúrgicos, prescripción de medicamentos, de tratamientos rehabilitadores, etcétera (279). En nuestro país, el Grupo Atlas de Variaciones en la Práctica Médica ha venido documentando desde 2003 la variabilidad en el Sistema Nacional de Salud pero en APS sólo ha desarrollado líneas de investigación sobre utilización de fármacos (280).

Con los datos del estudio, la magnitud que alcanza la variabilidad en la atención a los pacientes con problemas de rodilla, en función del cupo asistencial al que pertenezcan, permite afirmar que este es un incumplimiento con el modelo APS Integral cuando se analiza la metodología y el uso de la tecnología basados en la evidencia científica.

La pertenencia a un cupo asistencial es un factor relacionado con el registro del número de variables de anamnesis, de la exploración, con la solicitud de PDI y con la elección correcta de la misma.

## **9.2. Discusión de los aspectos comunes a la atención primaria abordados en el estudio cualitativo.**

La universalidad de la APS España cumple con el modelo APS integral y es uno de los máximos valores de sistema. El anacronismo del Real Decreto-Ley 16/2012 es parte del proceso de la contrarreforma emprendido en los últimos años que no parece producir los réditos electorales pretendidos por el gobierno ya que la ciudadanía, en general, ha asumido la importancia de la universalidad, bien sea como derecho humano, bien sea por los posibles efectos indeseables de su ausencia sobre la salud pública. En la Región de Murcia se ha hecho “de hurtadillo”, aunque no aparece entre las Comunidades Autónomas enfrentadas al mencionado Real Decreto-Ley, un incumplimiento parcial al abrir una pequeña brecha por la que algunos inmigrantes no regularizados pudieran ser atendidos en APS si sufrían y tenían reconocida una enfermedad crónica, pero no se ha elaborado un catálogo de tales enfermedades y se ha mantenido el criterio administrativo que no reconoce como tal a la artrosis, por lo que, mientras no cambie o, mejor aún, se derogue el susodicho Real Decreto, se continúa sin responder a dos preguntas: ¿Cómo y dónde son atendidos los excluidos del sistema que presentan una afectación de la rodilla? ¿Se hace seguimiento en Atención Primaria de los pacientes atendidos en urgencias con este tipo de problemas bien sea agudo o crónico?

En el momento de redactar esta parte de la tesis, el gobierno está dando serios indicios de una involución de su medida y la discusión se centra más en el reconocimiento del pleno derecho universal (tarjeta sanitaria para todos) o de conceder el libre acceso a la Atención Primaria con una etiqueta (estigmatización) de su condición administrativa (inmigrantes no regularizados) (281).

Otra de las coincidencias APS Integral-España son los aspectos de la accesibilidad conseguidos con los nuevos centros de salud. En el CSF se ha conseguido una mejora de las barreras arquitectónicas y de acceso físico que, aunque con algunas necesidades de mejora, responden bien al concepto, los pacientes en sillas de ruedas pueden acceder exclusivamente por ascensor a las consultas médicas y no está claro qué puede pasar con ellos en el caso de una evacuación urgente (v.g. un incendio). Aunque la accesibilidad horaria es un serio problema, el verdadero talón de Aquiles de la accesibilidad está en las listas de espera en el segundo nivel asistencial que, como se ha comprobado, incumplen la ley en cuanto a los plazos máximos, sobre todo para la realización de una artroscopia

como para la implantación quirúrgica de una prótesis total de rodilla. Estos datos serían aún más preocupantes si los pacientes con problemas de rodilla que precisaran una PDI, una consulta a traumatología o una intervención quirúrgica estuvieran en otro área sanitaria, ya que las medias regionales son peores en algunos casos (66 y 77 días para una RMN o un TAC respectivamente; 60 días para primera consulta con Traumatología) y algo mejores en otros (85 días para una artroscopia o 93 días para cirugía de prótesis de rodilla)<sup>75</sup>. La falta de publicación de los tiempos de espera para Reumatología o Rehabilitación expresan la falta de transparencia de la que adolece la administración sanitaria regional.

El incumplimiento más manifiesto de la APS España es el de la participación ciudadana en las dos concepciones de Alma-Ata, tanto en la toma de decisiones sobre la salud como en el control de la gestión. Esta era un pilar fundamental del modelo y, como ya se ha hecho mención en la tesis, no se ha desarrollado en el modelo español.

La ausencia de mecanismos de participación en la toma de decisiones hace que se desconozca si las prioridades asistenciales impuestas por la administración coinciden con las de la comunidad. Como ya se ha dicho, los problemas de osteoartritis en general y de la gonartrosis en particular, tienen una alta prevalencia en la población y producen dolor y sufrimiento crónicos que afectan a la calidad de vida (282) y cabría preguntarse qué puesto ocuparían en la priorización de las actividades asistenciales que proporciona un EAP.

Pero la participación ciudadana en una comunidad informada, también podría obligar a responder a cuestiones que, hoy por hoy, no pueden expresarse por la falta de un cauce adecuado. Por ejemplo, los pacientes con problemas de rodilla podrían interesarse colectivamente sobre los riesgos, su fiabilidad o la seguridad de las PDI que se les solicitan. Podrían preguntar por qué se le repite la misma prueba o si hay diferencias de calidad asistencial y de seguridad del paciente cuando se efectúan en una dependencia pública o en un centro concertado y qué responsabilidad asume el SMS o por qué no pueden elegir sin ser sancionados entre centros públicos o concertados a la hora de que le practiquen una prueba o les intervengan quirúrgicamente. También pudiera ser que estos pacientes preguntaran por qué no se le pide su consentimiento informado antes de enviar sus datos clínicos a un centro concertado, cuales son los criterios de derivación a estos

---

<sup>75</sup> Datos publicados en Murciasalud. Listas de espera. Diciembre de 2012

centros o el pliego de condiciones que ha firmado el SMS con los concertos y cómo se garantiza la calidad asistencial y su seguridad.

Sería bueno que los responsables de la administración sanitaria pública tuvieran que argumentar y dar explicaciones a los pacientes sobre estas cuestiones. Y esto produciría un gran beneficio para el sistema sanitario porque obligaría a un ejercicio de transparencia muy superior a la que está dispuesta a asumir la administración sanitaria con su reciente Ley de Transparencia. En un contexto de participación real, efectiva y con capacidad jurídica de resolución, la administración pública sanitaria estaría obligada a responder con veracidad a cuestiones que hoy pueden expresarse en un contexto político para obtener respuestas políticas pero que, en realidad, deberían ser atendidas desde un contexto mucho más técnico de gestión, que permitiría una justificación con datos objetivos sobre las actuaciones y decisiones tomadas por esta. Tal vez así, se podrían comprender las razones por las que la prueba solicitada a un paciente ha sido derivada a un centro concertado mientras que permanecen cerradas las dependencias públicas en horarios de tarde o por qué ha de ser intervenido en un hospital concertado cuando los quirófanos de los hospitales públicos están cerrados o inactivos en ciertos horarios y plantas enteras de hospitalización están cerradas. También sería bueno que el paciente conociera cuánto le cuesta a la sanidad pública la prueba o intervención que le van a practicar en el concierto y cuánto le hubiera costado en las dependencias públicas.

### **Lo ganado, lo perdido, lo olvidado**

Reflexionar sobre el recorrido que ha tenido la Atención Primaria en nuestro país supone reconocer dos escenarios distintos, separados por el tiempo, y comprobar la evolución de los cambios que, desde el primero, se han materializado en el segundo. La Atención Primaria anterior a la reforma sanitaria, hoy la reconocemos como deficitaria, con muchas carencias estructurales, de contenidos y de eficiencia, pero la APS actual, es el resultado de un proceso largo, en el que se han producido grandes modificaciones dentro un contexto sociopolítico cambiante, donde han interactuado percepciones políticas distintas en una alternancia del bipartidismo, a veces en gobiernos de mayoría absoluta y otras en donde la presencia de partidos regionalistas o nacionalistas también ha impactado sobre el proceso. El análisis de estos cambios se presenta en los tres grandes actores del sistema:

la población, los profesionales y la administración, evaluando las políticas sanitarias y la gestión desarrolladas.

La APS actual ha producido una mejora sustancial en la protección de la salud de los ciudadanos con la que los poderes públicos cumplen el mandato constitucional de 1978, pero no solo han habido mejoras, también el proceso ha producido pérdidas, y se han dejado cosas olvidadas que no se han desarrollado convenientemente de haberse aplicado en su totalidad el modelo elegido para la reforma sanitaria de nuestro país, que pretendía ser un heredero directo de Alma-Ata.

También las mejoras profesionales han sido evidentes cuando comparamos los dos escenarios. La cultura profesional ha experimentado cambios importantes tanto desde el punto de vista asistencial como con la implementación de nuevas funciones relacionadas con la metodología de atención biopsicosocial, el enfoque comunitario y la incorporación de tareas docentes, de investigación y de gestión clínica. Pero en todo esto también ha habido pérdidas, el desarrollo no ha sido homogéneo, se han hipertrofiado ciertas funciones en detrimento de otras y no se han asumido algunas experiencias que hubieran sido muy útiles para incardinar un desarrollo más proporcionado del modelo.

La discusión de la tesis pretende analizar estos cambios en función de los tres actores definidos.

### **9.2.1. La reforma sanitaria para la población**

Muchas fueron las razones por las que se llegó a Alma-Ata, la mayoría ya expuestas en la tesis, pero el principio impulsor del proceso fue que, trabajar para la salud, obliga a disminuir las desigualdades sociales y esto implicaba la necesidad de construir sistemas sanitarios que protegieran a toda la población. La idea no partió de un principio altruista de los representantes de los estados, ni siquiera de una declaración sobre el derecho humano a la salud, sino que fue fruto de un principio económico. Los programas verticales con los que respondía la OMS a los problemas de salud de los países pobres tenían escasa efectividad porque, en el mejor de los casos, aunque consiguieran disminuir la morbimortalidad por una causa, no se mejoraba la mortalidad general en estos países. Por otra parte, en los países industrializados, los altos costes que estaban ocasionando el



desarrollo de sus sistemas sanitarios tampoco se rentabilizaban en términos de mortalidad general.

El nuevo modelo APS propuesto venía a reestructurar la organización de la sanidad pública tanto en unos como en otros países. Introducir en la base de los sistemas un primer nivel asistencial, cercano a la comunidad, que trabajara de manera integral con ella y con sus miembros, ofertando unos cuidados básicos (esenciales), incorporando, a una asistencia clínica basada en la evidencia científica, programas de prevención y de promoción de la salud y procurando el desarrollo comunitario de la zona, tendría que disminuir costes a la vez que mejorar el nivel de salud, en definitiva, ser más eficiente.

El problema del modelo es que precisaba de una gran “inversión productiva” que se rentabilizaba en términos de salud de las poblaciones y, a largo plazo, en la productividad económica de los países beneficiarios de la misma para, de manera indirecta, llegar más tarde a la rentabilidad económica de quienes hubieran financiado el modelo. La incertidumbre de una inversión a largo plazo sin rentabilidades definidas no fue bien acogida por los principales organismos y corporaciones internacionales de financiación que prefirieron invertir en programas verticales (aunque con el nombre de Selective Primary Care) de bajo coste donde la rentabilidad de mercado estaba asegurada durante el proceso independientemente del resultado final. Un ejemplo de esto es Liberia, que lleva meses sin declarar casos nuevos de Ébola pero que, por ejemplo, mantuvo sus tasas de prevalencia e incidencia de TBC en 446 y 308 casos por 100.000 habitantes respectivamente, 1.244.220 casos declarados de malaria (1.191 muertes) o una tasa de mortalidad materna de 640 casos por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que el gasto sanitario público per cápita fue de 16 dólares americanos en 2013 (283).

A pesar de la unanimidad con la que se firmó la Declaración de Alma-Ata y la euforia de los integrantes de la Conferencia, tampoco el modelo propuesto obtuvo un gran respaldo en los países industrializados. Por ejemplo, la APS como puerta de entrada al sistema sanitario está presente en Dinamarca, España, Finlandia, Italia, Portugal y Reino Unido en los países con tipo de sistema sanitario SNS (parcialmente también en Irlanda) y en Alemania y Países Bajos como únicos países de la UE-15 con sistema SSS (modelo Bismark). De ellos, los ciudadanos han de efectuar un copago para acceder a los servicios de APS en Finlandia, Irlanda, Portugal y Países Bajos (284).

### Universalidad.

El acceso universal a servicios de atención sanitaria de calidad es una condición básica para asegurar que las mejoras generales de los sistemas de salud no oculten, o contribuyan a agravar, un aumento de las desigualdades en salud (285) .

En España el clímax de la universalidad se alcanzó en 2011 con la Ley General de la Salud Pública (3), pero el camino para alcanzarlo no ha estado exento de complicaciones y decisiones políticas poco afortunadas.

Aunque la Ley General de Sanidad de 1986, desarrollando el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 (286), reconociera el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional (art 1.2) (2), no definió un modelo inequívoco de sistema sanitario y, aunque planteó uno tipo Servicio Nacional de Salud, no reguló el derecho como un derecho de todos, sino que vinculó el acceso a las prestaciones sanitarias con el régimen de la Seguridad Social.

Esto imposibilitó durante años cumplir con el ideal de universalidad que postulaba, y produjo la desprotección de ciertos colectivos que, si bien pagaban con sus impuestos la sanidad pública, no tenían reconocido su derecho a recibir las prestaciones. Así, en 2005 se alcanzaron coberturas de financiación pública del 99.8% aunque el SNS sólo atendía al 95% de la población (frente al 82% de 1978) (287,288). Desde entonces, en España se ha ido logrando, poco a poco, una atención sanitaria universal parcheada (287). Al final, con la mencionada Ley de la Salud Pública se incorporaron a la sanidad pública los últimos colectivos desprotegidos, incorporándose más de 200.000 personas entre quienes estaban los parados que ya habían agotado la prestación o el subsidio de desempleo.

Con la publicación en 2012 del Real Decreto-Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS(160) se produce una quiebra del modelo en un proceso político que bien se podía definir como la contrarreforma sanitaria (147). De las importantes regresiones que ha sufrido la asistencia sanitaria en nuestro país, probablemente ha sido la pérdida de la universalidad la que más ha alterado la naturaleza misma de nuestro sistema sanitario (289), al retrotraer los avances conseguidos en la cobertura del sistema tras el cambio en la definición de persona protegida e implantar un sistema basado en el aseguramiento(290), que volvió a depender de la condición de cotizante de la Seguridad Social en vez de la condición de ciudadano. Con ello, sin entrar en la posible colisión

legislativa con otras leyes generales (2,3,161) incluso con una ley orgánica (291), lo cierto es que se le ha conculcado el derecho a la protección de la salud por parte de los poderes públicos a importantes colectivos de la sociedad y se ha expulsado del sistema, en un claro proceso de exclusión sanitaria, a un importante colectivo de la sociedad, los inmigrantes no regularizados a la vez que se ha dificultado el acceso al sistema de protección a otros muchos colectivos ya descritos en esta tesis.

La falta de explicación razonada de esta medida y la ausencia de la publicación de los informes (si los hubiera) que la justifiquen, hace difícil su comprensión desde un punto de vista racional. Es más, la literatura científica orienta claramente en sentido contrario. La encuesta del CIS de 2012 (292) demuestra que en España se considera que la Administración debe invertir más donde hay muchos inmigrantes para que no empeore la atención sanitaria (60,5% a favor).

El gasto sanitario público atribuible a población inmigrante en la España de 2007 suponía apenas el 6,11% (293), mientras que, según la Oficina Económica de Presidencia del Gobierno, el 30% del crecimiento del PIB entre mediados de los años 1990 y la primera década de este siglo fue consecuencia del asentamiento de inmigrantes. El efecto positivo se elevaba hasta el 50% del crecimiento del PIB en el período 2000-2005 (294).

Un estudio en 2011 afirma que respecto a la población autóctona, los extranjeros consultan un 7% menos al médico de cabecera (un 16,5% menos al médico especialista). El recurso a los servicios de urgencias se eleva ligeramente entre los extranjeros y es la vía por la que el 65% de ellos accedieron a tratamiento hospitalario, frente a un 57% en el caso de los españoles (294). Incluso un estudio efectuado en la Región de Murcia concluye que “la frecuentación y los costes por ingreso y por año de seguimiento de los españoles son superiores a los de los inmigrantes (295). Por último, una revisión sistemática de 2014 confirma que, en líneas generales, en España la población inmigrante hace el mismo uso de los servicios de medicina general que la autóctona y un menor o igual uso de los servicios de medicina especializada (296)

La mayoría de las exclusiones han sido parcialmente corregidas con otro parcheado legislativo que no demuestra otra cosa que la insuficiencia moral, jurídica e intelectual que soporta esta medida. Pero la desprotección a los inmigrantes es, probablemente, la

consecuencia más grave de todas porque afecta a las personas más desfavorecidas, con menos respaldo legal y sin apoyo social alguno<sup>76</sup>.

La única asistencia sanitaria que ofrece a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, se limita a: «a) *De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.* b) *De asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.*» (RDL 16/2012, p: 31286). En la Región de Murcia, sin mantener un enfrentamiento público con el mencionado RDL, incorporó también a aquellos inmigrantes con algunas enfermedades crónicas (no definidas en listado alguno) (297).

Un informe de la FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) sobre los inmigrantes en situación Irregular en 2015 afirma que la provisión de servicios sanitarios a inmigrantes en situación irregular en países de la UE no debería estar limitada al tratamiento urgente, sino que también debería incluir otras formas esenciales de cobertura, como la posibilidad de ver a un médico o de recibir las medicinas necesarias. Las mujeres en situación irregular deberían tener acceso a los cuidados (nivel primario, ambulatorio; y secundario, hospitalario) en caso de parto, así como a los cuidados de maternidad, reproducción y atención posnatal al mismo nivel que los nacionales, así como la posibilidad de acceso al ginecólogo y a pruebas esenciales, de planificación familiar o de asesoramiento(298).

En España se estima que, en el último trimestre de 2011, el número de inmigrantes no regularizados ascendía a 400.000 personas (299) y, junto al hecho objetivo de una legislación que los rechaza públicamente, han de sufrir la diferente aplicación del Real Decreto en cada Comunidad Autónoma (300), en cada área de gestión, en cada centro sanitario y en cada trabajador o profesional que presta la atención. Las autoridades públicas no han publicitado los derechos que tienen pero sí han aumentado las medidas disuasorias produciendo una barrera simbólica contra su accesibilidad (301), facturándoles cuando son atendidos en las urgencias hospitalarias (302), exigiendo la presentación de la tarjeta sanitaria que no se les proporciona cuando acuden a un centro

---

<sup>76</sup> Sarries NM. Mafias, devolución, sin papeles. ¿A qué se enfrenta un inmigrante irregular que entra en España? 20 minutos. 2014 Feb 25.

de salud u ofreciéndoles un convenio especial con precios prohibitivos que no pueden pagar (303).

Las consecuencias de este tipo de políticas sobre la población inmigrante pueden sistematizarse en dos grandes apartados. Por una parte, está el derecho a la asistencia sanitaria de toda persona, con independencia de su estatus legal o nacionalidad, como derecho internacional reconocido por muchos organismos entre los que cabe destacar la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25) (304), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (305) o el Comité Europeo de Derechos Sociales (Consejo de Europa) que ya advirtió al Gobierno de que el RD 16/2012 no es compatible con convenios internacionales suscritos por España en materia de atención al inmigrante (306).

Por otra parte, no pueden desconocerse los efectos para la salud pública que se producen al marginar a una población susceptible de sufrir enfermedades infecciosas transmisibles (307), casi erradicadas en nuestro entorno, bien porque sea portadora de las mismas o bien porque las condiciones sociosanitarias favorezcan su desarrollo. Eliminar su derecho a la asistencia sanitaria supone dificultar el acceso a los medicamentos y a los servicios preventivos y de atención primaria, provoca una mayor utilización de servicios de urgencias e incrementa los ingresos hospitalarios (agravamiento o cronificación de enfermedades ocultas o atendidas con retraso) (308).

Tras las elecciones autonómicas de 2015, los nuevos gobiernos de Aragón, Comunidad Valenciana, Baleares y Cantabria han anunciado diferentes regulaciones para devolver a este colectivo el derecho a la tarjeta sanitaria que habían perdido en 2012(309). En el momento de redactar este apartado de la tesis, tras la rebelión a mantener la exclusión sanitaria a los inmigrantes no regularizados por parte de comunidades gobernadas incluso por el mismo partido del Gobierno de la Nación (Madrid), se está planteando devolver la atención a este colectivo en la Atención Primaria pero, por el momento, sin otorgarles Tarjeta Sanitaria (310)

### Accesibilidad.

Otro logro importante de la reforma sanitaria ha sido el aumento de la accesibilidad al sistema. La preocupación política por mejorar la facilidad con la que los servicios de salud pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población que los necesita<sup>77</sup> se ha conseguido de manera manifiesta al aumentar los recursos destinados a satisfacer las necesidades de la población y a disminuir las barreras para su utilización (311).

Del conjunto de dimensiones que engloba la accesibilidad (muchas de ellas ya han sido analizadas en la tesis) y, aunque todas son importantes, sobre todo para ciertos grupos de la población con disfunciones sensoriales o problemas específicos, hay dos que adquieren especial importancia porque están directamente relacionadas con las políticas sanitarias emprendidas o desarrolladas: la geográfica y la facilidad para la atención por un profesional sanitario (disponibilidad horaria, citación y tiempos de espera). La primera se vincula directamente a la planificación sanitaria mientras que las otras son el resultado de una inversión y gestión de los recursos.

La accesibilidad geográfica a los servicios sanitarios es una característica estructural necesaria para evaluar en qué grado la atención primaria actúa como puerta de entrada (primer contacto) al sistema sanitario (90) y se mide por el tiempo que emplea una persona en recorrer la distancia que la separa de los dispositivos de asistencia sanitaria, tiempo que ha de ser aceptable por la población. Por tanto, la accesibilidad geográfica se configura como una variable dependiente de la organización territorial de los servicios, de las características de la red de comunicaciones y de los medios de desplazamiento empleados por la población (312).

El Ministerio de Sanidad y Consumo, entre sus objetivos institucionales dentro de la estrategia de “Salud para Todos”, señala que el acceso al servicio de atención primaria ha de estar a un desplazamiento inferior a 30 minutos por medios habituales de locomoción, al menos para el 90% de la población de la zona<sup>78</sup>. Esto adquiere especial relevancia en el mundo rural.

---

<sup>77</sup> Saturno PJ. La definición de la calidad de la Atención. En: Marquet i Palomer R, ed. Garantía de Calidad en Atención Primaria. Barcelona: Editorial Doyma, S.A., 1993.

<sup>78</sup> El documento “Estrategias de salud en el año 2000 en España” esta referenciado (148) pero aunque afirma su publicación, no ha sido encontrado en internet. El mismo documento también se menciona en (312) pero lo cita como Documento de trabajo mimeografiado.

El Sistema Nacional de Salud asumió la red de centros asistenciales del antiguo SOE tanto en las ciudades como en el medio rural. Diferentes comunidades autónomas realizaron estudios para identificar la accesibilidad geográfica a sus dispositivos de Atención Primaria y optimizar la ordenación territorial de los servicios sanitarios (313). En la Región de Murcia, el Plan de Salud de la Región de Murcia de 1993-1996 (314), tras valorar el Inventario de Recursos de Atención Primaria de Salud (315), hizo alusión a la escasa homogeneidad en las características y ubicación de la red de centros de atención primaria y recogió entre sus objetivos (75 y 76) la creación de todos los equipos de atención primaria del mapa sanitario y la dotación en infraestructuras adecuadas, en un intento de mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios y disminuir las desigualdades.

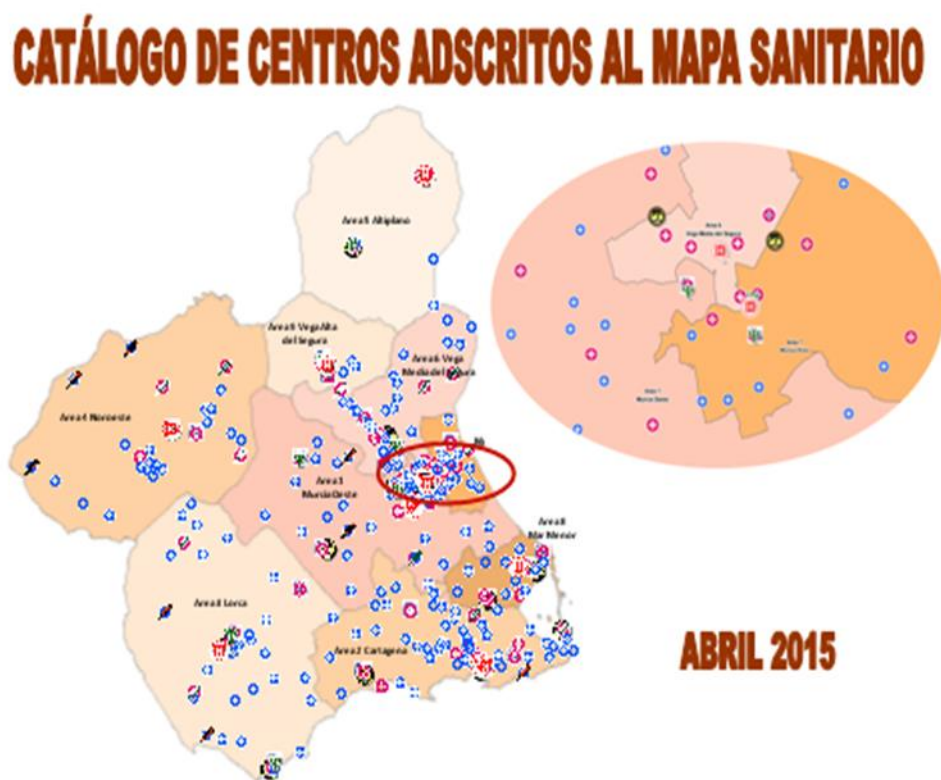
Desde entonces, se ha ido construyendo una red más amplia y cercana a la población de centros asistenciales (312), dotándola de profesionales sanitarios para cubrir las necesidades asistenciales incluyendo las coberturas de urgencias. Esta cercanía de los centros de Atención Primaria es el punto mejor valorado por los ciudadanos (Barómetro Sanitario, 2011)(316). Esto, en consultorios periféricos ha sido un problema difícil para quienes entienden que el único valor de la inversión en sanidad pública es la rentabilidad sin atender a los valores añadidos del servicio público.

Desde 2012, la accesibilidad se ha visto comprometida sobre todo en consultorios rurales puntos de especial aislamiento y, sobre todo, en su atención urgente fuera del horario asistencial del médico de familia. A pesar de la georreferenciación que la Consejería de Sanidad elaboró en 2013 y que acaba de actualizar en 2015 de su Catálogo de Centros Adscritos al Mapa Sanitario (Ilustración 17) (317), lugares con La Parroquia (Lorca), Librilla, Campos del Río, Cañada de la Cruz, El Sabinar, Benizar o Portmán han sufrido la pérdida de asistencia sanitaria específica en ese horario sin que se hayan visto reforzados los servicios de urgencia que ahora asumen su asistencia (318). Otro avance importante de la reforma sanitaria se ha producido con la facilidad para ser atendido por un profesional sanitario. El aumento de los horarios asistenciales que han pasado de dos

horas y media a cinco o seis horas diarias unido a cierta disponibilidad para elegir la hora más conveniente para el paciente han sido determinantes para confirmar esta mejoría. Pero la accesibilidad horaria también presenta problemas. Exceptuando a aquellos centros de salud que, por su falta de espacio físico para todos los profesionales sanitarios, tienen consultas exclusivas de mañana o de tarde y, por lo tanto, permanecen abiertos en ambos horarios, en aquellos otros que proporcionaban jornada deslizante se ha perdido tal posibilidad. La jornada deslizante (un día a la semana en horario de tardes) estaba pensada para que pudieran acceder pacientes con dificultades de atención en horarios de mañana (laborales, familiares, etc.) o aquellos otros que dependían de familiares para acudir a consulta (ancianos, discapacitados, etc.) y, desde 2012, ha sido suprimida.

Otro problema de accesibilidad horaria aparece en los períodos de descanso (vacaciones reglamentarias y permisos) de los profesionales (319), al no sustituir completamente a los

**Ilustración 17. Red de centros adscritos al Mapa Sanitario de la Región de Murcia**



titulares y trasladando la responsabilidad asistencial de sus pacientes a otros facultativos del mismo EAP o a sustitutos contratados con reparto o doblajes asistenciales (320). En estos períodos, se reducen los horarios en ambos cupos.



También ha sido muy mejorada la facilidad de cita en consulta (321). De aquellos tiempos en los que el usuario debía personarse a primera hora para obtener el “número de orden de entrada” a la consulta por parte del celador encargado en los centros urbanos o para “coger la vez” con el resto de usuarios que acudían ese día en los centros rurales, se ha pasado a la “cita previa” que otorga una hora específica de atención con la seguridad que no va a “perder el turno” antes de ella. Además, las nuevas opciones para obtenerla (presencial, telefónica del centro, central de llamadas o Internet), han mejorado con mucho su acceso.

Pero el aumento de tareas administrativas del personal de recepción/administración de los centros, unido a plantillas deficitarias y al aumento de las presiones asistenciales, hacen que se complique la obtención de cita desde el centro de salud (colas en la presencial y llamadas no atendidas en el teléfono de cita) por lo que se están imponiendo los otros sistemas de citación. Estos suponen una dificultad para personas mayores, con problemas de discapacidad o poco avezadas en el manejo de las nuevas tecnologías.

Pero una dimensión de la accesibilidad que adquiere una especial importancia en la sanidad pública es la relacionada con las barreras de tiempo para acceder a los servicios sanitarios y que vienen definidas en el concepto “listas de espera”. Esta es con mucho la mayor pérdida que presenta el sistema sanitario que, año tras año, sufre incrementos porcentuales significativos en todo el Estado aunque con diferencias importantes entre unas Comunidades Autónomas y otras (322).

Los tiempos de demora en la atención son un indicador de la respuesta de los servicios públicos que expresan su capacidad para proporcionar la asistencia correcta en el tiempo adecuado. Pero además son la expresión de un problema multifactorial donde intervienen de forma importante factores diversos (Ilustración 17) (323).

### Ilustración 18. Factores que influyen en las Listas de Espera



Tomado de Fundación Alternativas, 2011

De ese conjunto de factores, no todos son modificables. Por una parte, las esperas son inherentes al propio modelo de sistema sanitario, los países con modelo SNS garantizan la accesibilidad a todos los ciudadanos que precisan acudir a los servicios de salud y este hecho genera tiempos de espera al contar siempre con recursos limitados (más o menos según el compromiso de los países con el estado de bienestar)(284), pero el problema en España supera los límites de lo esperado y supone un grave problema político y de gestión.

Por otra parte, los avances en el conocimiento médico conducen a una línea ascendente e imparable en el uso de recursos. Cada vez se cuenta con mejores instrumentos y herramientas que ayudan a mejorar la precisión diagnóstica y eso conduce a realizar más pruebas de este tipo (ecografía en los problemas articulares, o del cuello, o del abdomen). Asimismo, el conocimiento de las enfermedades orienta a la necesidad de intervenciones muy específicas que requieren la participación de otro profesional más experimentado, por ello, las interconsultas aumentarán progresivamente (por ejemplo el psoriasis y los avances farmacológicos). Las técnicas quirúrgicas también progresan, por eso, la cirugía será necesaria para problemas que actualmente no tienen solución (por ejemplo, cirugía bariátrica para la obesidad mórbida) (324).

Un sistema sanitario como el nuestro que le confiere a la APS la función de puerta de entrada, fracasa si, en este primer nivel, se producen demoras en los tiempos para que los usuarios sean atendidos (325). El problema ha de tener un enfoque multifactorial en el que intervienen la asignación de recursos (ratio médico/usuarios del cupo), la oferta de servicios, la planificación de una agenda de calidad (326), el papel de enfermería, la desburocratización de la consulta y otra serie de elementos y circunstancias relacionados con el profesional (gestión de la consulta, gestión clínica), la estacionalidad (invierno) o la eficiencia en la resolución de problemas en los servicios de urgencias y en el resto de niveles asistenciales (327). En la literatura consultada no se han encontrado artículos sobre la situación de listas de espera o demoras asistenciales de APS en España, tampoco el Ministerio de Sanidad ofrece datos de la misma. Así que puede considerarse un problema oculto pero real en las conversaciones entre pacientes y entre profesionales.

En donde sí el problema se ha manifestado es en el resto de niveles asistenciales. Tanto en el acceso a consultas de segundo nivel como en la realización de pruebas de diagnóstico por imagen o en las demoras quirúrgicas.

Como se ha comentado para la APS, aquí también hay estudios que demuestran que el problema no es sólo de inversión y recursos, sino que toma una dimensión multifactorial. Existen muchas evidencias de que el aumento aislado de los recursos no es la solución, ya que el tiempo medio de espera disminuye pero la lista se alarga por la cola (328). Esto explica, de manera fehaciente, que aumentar los conciertos con la medicina privada no forma parte racional de su solución como ha ocurrido en la Región de Murcia que conforme aumentan estos, aumenta también los tiempos de espera.

Es necesario gestionar las listas, tanto en el plano social, de administración sanitaria y, sobre todo, en el ámbito del centro sanitario. La gestión clínica en los servicios y la gestión de cada profesional, con criterios de inclusión de evidencia científica en la indicación y en los resultados esperados de cada paciente (efectividad del procedimiento), y con criterios éticos y de eficiencia en la utilización de recursos, priorizando por gravedad, probabilidad de mejora y criterios sociales, es una obligación ineludible para mejorar el problema de las listas de espera. En este proceso de priorización, la sociedad debe tener su voz, su opinión, pues existen factores no médicos que pueden influir en la distribución y priorización de recursos.(328).

Las listas de espera son la principal causa de insatisfacción de los usuarios y una de las principales preocupaciones de los profesionales. De los parámetros analizados en cuanto a satisfacción con el sistema sanitario, la mayoría de los ciudadanos optarían por la sanidad pública antes que por la privada en tecnología, capacitación profesional de los médicos y enfermeras, información que se dispensa e incluso trato personal, pero elegirían a la privada en rapidez de la atención y confort de las instalaciones (329).

### Participación ciudadana

Se puede decir con toda rotundidad que esta, que forma parte esencial del modelo APS Integral, es la parte más olvidada de la APS en España, tanto en su concepción comunitaria (toma de decisiones sobre la salud) como en la política (control de la gestión). En ambos casos, el marco legislativo para la participación establece un órgano específico: el Consejo de Salud con tres niveles de responsabilidad, el Regional o Autonómico, el de Área y el de Zona.

El Consejo de Salud de la Región de Murcia es un órgano testimonial que solo cubre una función justificativa sin operatividad ni trascendencia social o sanitaria alguna al tener una naturaleza exclusivamente asesora y consultiva.

En la Región de Murcia no hay Consejos de Salud de Área y la obligatoriedad de constituir los Consejos de Zona fue derogada con la Ley 3/2009 (159) al cambiar la redacción de los consejos de salud de zona a: *“Excepcionalmente, una vez constituidos los Consejos de Salud de Área, a iniciativa de éstos y mediante Decreto del Consejo de Gobierno, se podrán crear consejos de salud de zona, como órganos de participación y apoyo, en aquellas zonas de salud en que concurran especiales circunstancias orográficas, económicas, sociales, demográficas o sanitarias que hagan aconsejable o necesario su constitución y siempre que su demarcación territorial coincida con el término municipal”*. Además, establece una disposición derogatoria: *“Queda derogada la Orden de 15 de marzo de 1992 de la Consejería de Sanidad, de creación de los Consejos de Salud de Zona, así como cuantas disposiciones se opongan a lo previsto en la presente Ley”*.

Si nunca se ha tenido la voluntad política de impulsar los consejos de salud de área y menos los de zona, con esta redacción se dio por finiquitada la posible participación

efectiva de los ciudadanos en la Región de Murcia. Sin la integración de los ciudadanos en la toma de decisiones, la gestión de la sanidad pública ha pecado de impunidad, de desprecio por una explicación razonada de las decisiones adoptadas y de tendencia al nepotismo<sup>79</sup>.

El problema es aún más complejo si se piensa que la participación comunitaria es poco sentida por una comunidad culturalmente poco dada a la participación (330)(331) y con un pobre tejido social que contrarreste al poder político hegemónico de la democracia partidista, si bien, conforme se encuentra más informada, va siendo más proclive a la misma (332). Pero, aunque comunitariamente queda mucho por avanzar, en la atención individual, los pacientes están asumiendo nuevos roles en su relación con los profesionales de la salud y con los servicios sanitarios que utilizan (333).

La única experiencia conocida de Consejos de Salud de Zona corresponde al municipio de Molina de Segura que abarca a las dos ZBS del mismo y es una apuesta política del Ayuntamiento de la localidad. Se centra en desarrollar algunas actividades de promoción de la salud y no interviene en el control de la gestión, calidad de la atención ni en la toma de decisiones de los EAPs correspondientes. La participación real de la ciudadanía en el mismo alcanza al 1% de la población (68.775 habitantes según INE-2014). La experiencia es, con todo, la única con suficiente entidad como para ser mencionada, no cumple con un elemento conceptual clave de la estrategia APS, que se minusvalora u olvida frecuentemente, y es el que hace referencia a la participación individual y comunitaria en todas las fases de la construcción de los sistemas y procesos de atención de salud. No se trata solamente de la participación formal en el marco de las instituciones de gobierno local (ayuntamientos) o nacional, sino de la generación de dinámicas potentes y continuas de interacción entre los líderes del sistema sanitario y las organizaciones, y estructuras de participación y gestión de la comunidad(77)

Pero, con todo, la ausencia de verdaderos órganos de control de la gestión sanitaria con capacidad resolutive no puede recaer en los ciudadanos, sino más bien en los responsables políticos de su impulso y puesta en marcha. Que los ciudadanos puedan pedir explicaciones tanto a los profesionales como a los gestores, es una necesidad vital del

---

<sup>79</sup>“predilección exagerada que algunos funcionarios en actividad que ocupan cargos públicos poseen respecto a su familia, allegados y amigos a la hora de realizar concesiones o contratar empleados estatales. En estos casos, el individuo que accede a un empleo público logra el objetivo por su cercanía y lealtad al gobernante o funcionario en cuestión, y no por mérito propio o capacidad”.

<http://definicion.de/nepotismo/#ixzz3efENg0sJ>

propio sistema sanitario para mejorar tanto en calidad asistencial como en eficiencia. Los trabajadores sanitarios públicos hemos de ser conscientes de que son los ciudadanos los verdaderos dueños de la sanidad pública, sosteniéndola con sus impuestos y sufriendo o disfrutando de sus prestaciones. Reconocer que la participación ciudadana es parte sustancial de la democracia<sup>80</sup> es introducir a los trabajadores públicos en territorios, por el momento, no explorados.

Sería bueno que la persona responsable de los conciertos con entidades privadas tuviera que argumentar a un paciente con problemas de rodilla, al que le han solicitado una PDI, las razones por las que la prueba ha sido derivada a un centro concertado mientras que permanecen cerradas las dependencias públicas en horarios de tarde o por qué ha de ser intervenido en un hospital concertado, cuando los quirófanos de los hospitales públicos están cerrados o inactivos en ciertos horarios, y plantas enteras de hospitalización están cerradas. También sería bueno que el paciente conociera el pliego de condiciones que ha firmado el SMS con el centro concertado y cómo se garantiza la calidad asistencial y su seguridad; o que conociera cuánto le cuesta a la sanidad pública la prueba o intervención que le van a practicar en el concierto y cuánto le hubiera costado en las dependencias públicas.

### Prestación de servicios

Otro de los grandes logros de la reforma sanitaria ha sido el aumento en la prestación de servicios a la población. En la actualidad, se ofertan muchos más servicios sanitarios y se busca la calidad científico técnica de los mismos.

En la tesis se ha analizado el impacto que la Cartera de Servicios ha tenido para la calidad asistencial y este ha sido determinante. Se ofertan servicios asistenciales a múltiples patologías junto con actividades de prevención y de promoción de la salud a la vez que se añaden otros servicios dedicados a la rehabilitación funcional.

Pero la misma Cartera de Servicios presenta también críticas que pueden agruparse en tres grandes apartados: para unos autores, la respuesta que ofrece la cartera es parcial y desviada del verdadero reto del sector sanitario. Para ellos, la cartera se basa en el modelo

---

<sup>80</sup> Marchioni M. Democracia participativa y crisis de la política. La experiencia de los planes comunitarios. Cuadernos de Trabajo Social. 2006; 19:213-224

clínico individual centrado en la enfermedad, y eso lleva a que el sistema sanitario pierda interés por la promoción de la salud. Además, las actividades que condicionan, "el modelo biomédico de siempre", crean dependencia del paciente y no pretenden la capacitación de éste ni su autorresponsabilidad<sup>81</sup>.

Para otros autores, la cartera es una creación de la institución que gestiona la prestación de los servicios, y responde con relativo éxito a la demanda de la población (334). Pero ha sido elaborada por profesionales de Atención Primaria y expertos en metodología de control y garantía de calidad<sup>82</sup> sin la participación ciudadana.

Un tercer grupo de autores argumenta que la cartera padece importantes deficiencias como medida del producto. Muchas actividades que pertenecen a esta dimensión no están incluidas, y se preguntan por el procedimiento utilizado para seleccionar los servicios<sup>83</sup>.

### Expectativas y necesidades

Las expectativas de los ciudadanos sobre la atención que puede dispensar la APS han experimentado un cambio paradigmático. Antes de la reforma sanitaria, la asistencia debería ser lo más rápida posible y, si no era necesario, incluso se podía obviar el contacto directo con el médico. La población podía esperar del médico de cabecera que asistiera a su enfermedad con la perspectiva de, si se trataba de un caso banal, diagnosticar "de visu" sin explorar y aplicando un tratamiento empírico o genérico; cuando el caso presentaba una mínima complejidad, la solución era la derivación a Atención Especializada. Como, además, la falta de prestaciones y de posibilidades diagnóstico-terapéuticas era tan flagrante, preferían acudir a la medicina privada si su capacidad económica lo permitía, o repetir tratamientos que, en alguna ocasión anterior, o por consejo de cualquier persona conocida, le hubieran sido eficaces según su entender. Desde este punto de vista, también esperaban de su médico de cabecera que les solicitara las pruebas diagnósticas que le

---

<sup>81</sup> Turabián JL, Pérez-Franco B, Díaz L, Colino R, Menéndez-Cabeza MV. Desde la cartera de servicios a la promoción de la salud. *Centro de Salud* 1994; 535-539.

<sup>82</sup> Martín Acera S. La calidad de los servicios en Atención Primaria. *Centro de Salud* 1993; 1: 183-190.

<sup>83</sup> Ruiz de Adana Pérez R. El producto de la cartera de servicios de atención primaria: algunas preguntas para reflexionar. *Medifam* 1995; 3: 137-42.

fueran pedidas desde la privada o que les pareciera convenientes practicarse y, cómo no, que les recetara todo aquello que, por los mismos motivos, pudieran necesitar<sup>84</sup>.

De considerar que esta sólo ofrecía atención a la enfermedad, dispensación de recetas y derivación a consultas de atención especializada<sup>85</sup>, se ha pasado a la resolución de problemas de salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y rehabilitación funcional. Hoy se reclama a las organizaciones sanitarias, especialmente si son públicas, deseos de una mayor calidad en la atención sanitaria -en términos de accesibilidad, efectividad, seguridad e información- (335) unida a una serie de valores en la relación entre los que destaca el amparo psicosocial, un trato amable o labores de gestoría que una sociedad atomizada en pequeños intereses descarga de manera inconsciente sobre la Atención Primaria (justificante médico para el niño que no ha podido ir a clase, o para el trabajador que no ha acudido a su puesto, o la cumplimentación de una solicitud de balneario para nuestros mayores).

En cambio, ahora se busca una atención resolutiva (336), que ocupe el tiempo necesario para la exposición de sus problemas y su correspondiente exploración, que disponga y emplee la batería de pruebas diagnósticas necesarias y con los máximos recursos terapéuticos disponibles. Además se espera un buen clima relacional y que las decisiones del médico se basen en la información y explicación para llegar a una solución compartida (337,338).

Estos cambios han de contemplarse dentro de la transformación global que ha experimentado también la sociedad. España ha cambiado y el resultado del cambio social condiciona nuevas necesidades y comportamientos relacionados con los servicios sanitarios y con la salud de la población. De ellos, el aumento de la necesidad de cuidados y el desarrollo de la salud como bien de consumo ayudan a explicar la situación actual del cómo y por qué el sistema sanitario ha de responder a nuevos retos.

### Necesidad de cuidados

Los cambios en la composición familia han complicado muchísimo su función de cuidados. Incluso en la familia nuclear, la incorporación de la mujer al mercado de

---

<sup>84</sup> Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Atención Primaria. 1995; 16 (8): 501-506

<sup>85</sup> Lamata, F. Marketing sanitario. Ed. Díaz Santos. 1994. ISBN 978-84-7978-157-6



trabajo, agravado por la lejanía entre trabajo y hogar, ha dejado vacíos los hogares durante la jornada laboral, por lo que la enfermedad de uno de sus miembros adquiere una complejidad extraordinaria a la que no suele ser fácil responder(339). Este fenómeno adquiere una proporción extraordinaria cuando nos encontramos en casos de personas sin familia (ancianos que viven solos) o sin parientes cercanos.

El desarrollismo español en la década de los años 60 y 70 del siglo pasado, produjo una importante transformación de la familia y, en apenas una generación, cambió la familia. La falta de convivencia en el mismo hogar de varias generaciones, unida a un cambio sustancial del comportamiento global de la sociedad, ha sido un elemento fundamental para comprender la pérdida de la cultura de los cuidados, por lo que las necesidades de cuidados de sus miembros sufrieron un severo desamparo, generando una imperiosa urgencia social. Esto nos permite comprender las nuevas dificultades que se presentan en las familias. Así, el resfriado de un niño, una enfermedad crónica<sup>86</sup> o los ancianos que enferman viviendo solos, no han tenido más respuesta que la pérdida de días de trabajo de los padres o hijos (enmascarada en falsas bajas laborales), la contratación de cuidadoras si la capacidad económica lo permite, o el abandono del enfermo cuando esto no ha sido posible (340). Y toda esta necesidad sobrevenida de cuidados no ha tenido otra canalización que la reclamación de protección social por parte del estado. Este aumento de las necesidades socio-sanitarias, ante la falta de otro sistema de protección, ha recaído directamente sobre el sistema sanitario público, función para la que no está preparado ni es su vocación. Sobre este sustrato se comprende la necesidad perentoria de una legislación específica en el sistema de protección social adecuada a la realidad socio-sanitaria de un país como España que, con una economía poderosa, puede y debe ofrecer a sus ciudadanos necesitados una protección específica, justa y necesaria. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia surgió como el cuarto pilar del estado de bienestar para cubrir este conjunto de necesidades (341) pero, la Ley de Presupuestos para el año 2012 o el Real Decreto-ley 16/2012 (342) de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria han supuesto un impacto fuertemente negativo en la estabilidad del sistema de atención y en la calidad y el alcance de sus prestaciones (343).

---

<sup>86</sup> McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para Médicos de familia y otros profesionales de la salud. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona 1998. ISBN: 9788407001905

### La salud como bien de consumo

Pero la transformación de la familia extensa a la nuclear ha producido un segundo efecto de gran importancia para explicar el aumento del consumo sanitario. La no convivencia de varias generaciones en un mismo hogar ha interrumpido la transmisión del conocimiento sobre autocuidados en la familia y esto es uno de los elementos claves para comprender la situación actual

De las fuentes de información que poseía la familia extensa, la más importante era la transmisión generacional de las costumbres y tradiciones de la medicina popular. La información especializada de los profesionales sanitarios estaba muy limitada por la poca accesibilidad que se tenía a la sanidad y los medios de comunicación social ejercían muy poca influencia en este campo.

Al interrumpirse la transmisión generacional, los ciudadanos han aumentado la demanda de información de unos profesionales mucho más accesibles y, sobre todo, han encontrado en los medios de comunicación social su mayor fuente informativa (344) . En esta especie de simbiosis, todos salen favorecidos, los ciudadanos cubren sus necesidades y los medios de comunicación aumentan sus ventas, porque la sanidad, hoy por hoy vende y mucho.

El campo estaba abonado, y solo ha hecho falta introducir la publicidad y el marketing para que la información sanitaria se transforme en un negocio muy lucrativo para cuantos tienen algo que vender en el campo de la salud y así, sobre estas bases, ha ido penetrando en la sociedad la idea de sanidad como bien de consumo

Parece estar configurándose un nuevo escenario donde confluirían algunas corrientes inscritas en este giro más individualista y consumista de la salud con los servicios sanitarios: la medicalización del malestar; la pulsión por la intervención en la que todo es solucionable, y cuanto más caro es el producto, antes y mejor cura; la consideración de incertidumbre o inacción como fallo que, casi siempre, lleva unido un coste económico que produce una concepción distinta de la acción sanitaria, siendo mucho más grave un error por omisión que una iatrogenia; la búsqueda de beneficios en lo individual y a corto plazo; la hiperespecialización y fragmentación del paciente y el proceso; la introducción de la prevención en el mercado del consumo general (alimentación), farmacéutico

(tratamiento de factores de riesgo) y médico (chequeos). Todo esto condiciona un cambio que refuerza la relevancia social de la asistencia sanitaria como bien de consumo y presiona al incremento del gasto público (y privado) (194)

### Satisfacción global

Como ya se ha comentado, la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios en tiempos anteriores a la reforma sanitaria estaba ligada a la complacencia del médico pero, actualmente la satisfacción tiene un componente multifactorial y es uno de los componentes fundamentales de la calidad asistencial<sup>87</sup>.

Los ciudadanos han percibido una mejora sustancial en el entorno en el que son atendidos<sup>88</sup>, no solo en las infraestructuras (345) sino también en la cercanía (346). En los Centros de Salud y consultorios se favorecen las relaciones vecinales y de amigos(262), el clima de la consulta (relación médico paciente) ha mejorado de forma importante sobre todo por la confianza y seguridad que les ofrece el médico de familia (329)

Los resultados de Barómetro Sanitario publicado en 2015, en Atención Primaria el 88% de los usuarios de sus servicios durante 2014 consideran que la atención recibida fue buena o muy buena. Las expectativas previas sobre la APS son, además, altas, ya que siete de cada diez personas (69,4%) manifiestan que la atención recibida fue más o menos igual a como esperaban. Un 24% de los usuarios manifiesta que fue mejor que lo esperado y solo un 5,9 opina que fue peor. La interrelación del paciente con los profesionales médicos se valora muy positivamente: el 86,2% pudieron preguntar y resolver las dudas sobre su salud o su tratamiento con su médico de familia. Del mismo modo, el 73,9% pudo tomar parte en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento tanto como desearon (347).

### **9.2.2.La reforma sanitaria en los profesionales**

---

<sup>87</sup> Sánchez JA, Saturno PJ. Las encuestas de satisfacción. En: Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Du-Pont Pharma, 1997; p. 312-339.

<sup>88</sup> Lamata F. Manual de administración y gestión sanitaria. Ediciones Díaz Santos SA. Madrid. 1998. p:238 ISBN: 84-7978-346-X

La práctica de la atención médica también ha experimentado una profunda transformación. Antes de la reforma sanitaria cabría diferenciar entre dos campos de trabajo muy distintos: la medicina ambulatoria de las ciudades y la medicina rural. Aunque ambas corresponderían a un mismo nivel asistencial, los parecidos de una a otra eran escasos.

El médico de cabecera de las ciudades debía su denominación al hecho de que, en un principio, la asistencia trascurría exclusivamente en los domicilios de los pacientes y, conforme se fue configurando la asistencia ambulatoria, cambió la función pero no el nombre. La atención ambulatoria fue adquiriendo cada vez más protagonismo en detrimento de la domiciliaria que, aunque mantenía un horario de atención hasta las cinco de la tarde, se visitaban domicilios casi exclusivamente por demanda del paciente e incluso, en algunos casos, por turnos diarios entre los médicos del ambulatorio. La relación médico paciente no tenía un campo estructural de desarrollo, la demanda excesiva y la consulta burocrática, que tenía que solucionarse en apenas dos horas y media, no daban opción.

La medicina rural tenía, y sigue teniendo, otros recorridos y funciones. La obligación de vivir en las partidas territoriales, establecía otro tipo de relación entre el médico y los habitantes que atendía. El médico de pueblo atendía personas y familias a lo largo de toda la vida, cubría muchas más necesidades asistenciales, conocía la red social de cada paciente y era una figura reconocida en la comunidad (348). De alguna manera se puede hablar que el médico de pueblo ha sido el eslabón perdido del sistema sanitario (349) que ha ido incorporando metodologías y procedimientos de la APS pero preservando elementos conceptuales que probablemente no se han desarrollado convenientemente en las ciudades.

Pero cuando comparamos escenarios de antes de la reforma sanitaria y actuales de la APS hemos de situarnos en la medicina que se practicaba en los ambulatorios de las ciudades y la que se practica en los modernos centros de salud. ¿Qué ha sido de aquel profesional que trabajaba dos horas y media al día, que compartía la consulta con quien venía después, que sólo conocía de su cupo el número de cartillas asignadas, que desconocía cuantos y quienes serían los pacientes que iban a consultar cada día, que no usaba historia clínica, que podía llegar a ver a 70 o 100 pacientes cada día, con menos de 30 segundos por paciente, que su único equipo era la presencia de una auxiliar dentro de la consulta para “el receteo” (132), con escasa capacidad resolutive, y que, encima, sufría una retribución

salarial mínima y un prestigio profesional denostado y pobre por parte del resto de compañeros de profesión?

La transformación ha sido sustancial, se trabaja en una jornada laboral completa; se conoce cuantos y quienes son los pacientes gracias a la Tarjeta Sanitaria Individual; se sabe cuántos y quiénes son los pacientes que han pedido cita en el día gracias a la cita previa; se cuenta con una historia clínica homologada e idéntica para todos que, con la introducción de la informática, se ha transformado a un formato digital; se deja de hablar de enfermedades y de habla de problemas de salud; se añaden intervenciones preventivas y, en menor medida, de promoción de la salud; se atiende, o se debería atender, a la familia y a la comunidad (199); se redimensiona un nuevo papel de enfermería; se trabaja por programas y protocolos que disminuyen la incertidumbre y mejoran la evidencia científica; se obtienen más recursos diagnósticos y terapéuticos por parte del sistema, aumentando el poder resolutivo en Atención Primaria, llegando al 90% de las visitas atendidas (336), superando incluso las previsiones de los grandes teóricos de la disciplina que, como Bárbara Starfield que, en 1994, imaginaba cifras del 85% (90). Y, por último, se ha roto imagen de la APS como la hermana pobre del sistema para avanzar hacia una relación de igualdad con Atención Especializada en cuanto prestigio profesional.

Si bien todos los cambios han sido fundamentales, la longitudinalidad de la atención (90) y el aumento del tiempo que se puede dedicar a cada paciente en la consulta son los elementos más condicionantes del proceso pues permiten conocer al paciente y sus verdaderos problemas de salud (no siempre expresados) y facilitan la aplicación del resto de mejoras asistenciales. La reivindicación profesional de disponer de diez minutos por consulta en APS aparece en documentos nacionales (166,350,351) y regionales (261,352) pero, hoy por hoy, no se ha conseguido en su totalidad; aunque se han mejorado los tiempos anteriores a la reforma sanitaria, las medias obtenidas apenas superan los cinco minutos (ver resultados de cartera de servicios Área VI)

También en el resto de logros de la reforma, aun siendo importantes, presentan profundos claroscuros.

Tras 38 años desde que George Engel lo publicara, el modelo biopsicosocial ejerce una gran influencia en la retórica y las intenciones de la medicina académica. Sin embargo, no parece que se haya implantado significativamente en la práctica de los médicos que siguen firmemente aferrados a un enfoque biomédico (353). Esto puede explicarse en

España al analizar cómo fueron los inicios de la Medicina de Familia. La Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (CNEMFC), constituida en 1978, estuvo influenciada por la presencia de famosos internistas de la época vinculados a la universidad y a la estructura administrativa del Ministerio de Sanidad (José María Segovia de Arana, Cirilo Rozman o Amador Schuller) que impregnaron desde el principio a la disciplina con su visión profesional y, así, en su Acta Fundacional, recoge que “la especialidad se idea sobre un modelo de medicina interna aplicada al plano de lo general”(147)<sup>89</sup>. Probablemente, si se hubiera partido del modelo de atención y la experiencia de la medicina rural, los desarrollos hubieran sido muy distintos.

Si a esto se le une el enfoque biomédico que domina la formación académica en las facultades de medicina (354), la falta de referentes profesionales en la formación MIR y el desarrollo de la implantación de la nueva APS, más políticamente preocupado por la aceptación social del mismo que por la explicación a los profesionales de la filosofía y el marco conceptual<sup>88</sup>, se explica que lo biopsicosocial siga siendo una asignatura pendiente.

#### Atención comunitaria: un olvido injustificable

Pero, al fin y al cabo, el conocimiento del paciente y su entorno se va adquiriendo, sin método alguno, conforme se consigue la estabilidad laboral de los profesionales en un mismo cupo asistencial y, de manera intuitiva, se van desarrollando habilidades que se podrían entender dentro del modelo de Engel. En cambio, el segundo apellido de la Especialidad, “lo comunitario”, sólo puede introducirse en el campo de “lo olvidado” de la reforma sanitaria.

Uno de los factores entorpecedores del desarrollo de “lo comunitario” fueron sus inicios, que describe muy bien Albert Planes: “*Parecería que ha quedado atrás, con cierto sabor a fracaso, la epidemia de procurar fórmulas de participación social desde los Equipos de Atención primaria o de publicar innumerables Diagnósticos de salud comunitaria. Parecería que, en estos tiempos de lo cuantitativo, la eficiencia y “lo económicamente posible”, suena mal volver a hablar de términos como comunidad o participación...*” (355).

---

<sup>89</sup> En el anexo III de la tesis aparece el acta fundacional original como imagen

Es fácil reconocer que la profesión médica presenta un comportamiento poco proclive a su participación en estos procesos. Además, también contribuyen a esta actitud, las sobrecargas de trabajo, la masificación de los servicios de atención directa, la rigidez de los modelos organizativos, la ausencia de incentivos de la administración y la deficiente formación y capacitación en dinámicas grupales. Esto se refleja en las escasas experiencias de coordinación e intervención comunitaria y en educación para la salud y promoción de la salud; y, las que se publican, suelen mostrar improvisación y voluntarismo (182).

Es cierto que el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) (356) de la Semfyc, sobre todo a través de su revista Comunidad, impulsa, recopila y publica cientos de actividades comunitarias de los EAPs, estableciendo una metodología coherente con los objetivos de la Medicina Comunitaria; también es cierto que experiencias como el Observatorio de la Salud de Asturias (357) o profesionales de referencia como Rafa Cofiño, que publica un blog fundamental para acercarse a la medicina comunitaria (358), dan un atisbo de esperanza de un futuro mejor, pero la realidad con la que se mueve la Atención Primaria en España es bien distinta y relega el enorme esfuerzo, generalmente voluntarista, de unos cientos de profesionales a una actividad minoritaria y con insuficiente impacto social para procurar los cambios socioeconómicos y la mejora en las desigualdades en salud para la que fue concebida la Atención Primaria.

#### De la atención centrada en los factores de riesgo al “menos es más”

Un desarrollo bien distinto se ha producido con las actividades preventivas. Este hecho viene justificado porque en España, a pesar de ser uno de los países con una esperanza de vida al nacer más elevada (82,1 años en 2011) y, a los 65 años (20,5 años), presenta una esperanza de vida en buena salud inferior a los países de nuestro entorno, tanto al nacer (65,3 años para hombres y 65,8 años para mujeres) como, a los 65 años (9,7 y 9,2 años, respectivamente)<sup>90</sup>. Además, el aumento de la esperanza de vida está relacionado con la transición epidemiológica hacia las enfermedades no transmisibles, al punto que, actualmente, las enfermedades crónicas suponen el 86% de las muertes y el 77% de la

---

<sup>90</sup> Indicadores clave del SNS. Instituto de información sanitaria. MSSSI (BD 20 Agosto 2013). [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS\\_DB.htm](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm)

carga de enfermedad en la región europea de la OMS y son la principal causa de mortalidad y morbilidad prevenibles. En España esta prevalencia de las condiciones de salud crónicas se confirma, ya que suponen el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (359).

Sobre esta base se han elaborado en las últimas décadas una serie de estrategias (la última en 2013 (137)) encaminadas a priorizar el abordaje de los principales factores de riesgo comunes (i.e. tabaquismo, abuso del alcohol, inactividad física y dieta desequilibrada) en las principales enfermedades crónicas, enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria crónica. Son muchos los estudios que, en la literatura consultada, avalan de manera empírica o parcial la posible eficacia de estas intervenciones pero no se han encontrado publicaciones que respalden sus resultados en salud global de las poblaciones. La actividad diaria de los profesionales sanitarios ha cambiado como consecuencia de estas priorizaciones. Las consultas se han llenado de personas sanas a las que regularmente se les piden pruebas para el diagnóstico precoz de enfermedades, mediante captación activa o screening poblacionales, o se les controlan factores de riesgo con actividades protocolizadas, basadas en Guías de Práctica Clínica, perfectamente definidas en Cartera de Servicios e incardinadas en la Historia clínica electrónica a través de los denominados “Planes Personales” de OMI-ap, que ayudan a automatizar la evidencia pero que pueden hacer que se minusvalore los condicionamientos de los pacientes (360,361). Se atiende a la Hipertensión Arterial, la Hipercolesterolemia, el Síndrome Metabólico, la detección precoz del Cáncer de mama, de cervix o de colon y la Osteoporosis, otorgándoles mayores tiempos de consulta (consultas programadas médicas y de enfermería) mientras que se destina menos tiempo para las demandas de los usuarios (362).

Pero atender a personas sanas no deja ser paradójico y se está empezando a cuestionar el dogma de “más vale prevenir que curar”, máxime cuando las actuaciones se centran en los factores de riesgo y no en la causalidad (363). Lo que empezó siendo una preocupación intelectual empírica en el campo de la controversia, está adquiriendo consistencia científica que, poco a poco, va impregnando la conciencia profesional y empieza a cuestionarse si parte de lo que se ha considerado “lo ganado”, en realidad debería incluirse en “lo perdido”.

Desarrollar intervenciones que pueden afectar a la percepción sobre la propia salud puede tener efectos perversos tanto en el individuo como en la comunidad o en la sostenibilidad



de cualquier sistema sanitario. Por ello, estas intervenciones han de tener una base científica incuestionable y partir de una elaboración rigurosa de sus contenidos científicos (364) pero un cuerpo crítico va emergiendo en la literatura científica, confirmado que este axioma no siempre se respeta.

La medicina basada en pruebas ha conseguido una respetabilidad que se explota, muchas veces, para conseguir el apoyo a iniciativas que en realidad no están basadas en evidencia científica. Se propone todo tipo de actividad basada en pruebas, desde intervenciones terapéuticas con medicamentos hasta métodos diagnósticos, programas de cribado, cobertura de servicios, gestión sanitaria, y guías, protocolos y medidas de control de calidad. ¿Qué hay de verdad tras la etiqueta del “basado en pruebas”? El interés por lograr la etiqueta lleva a que se la adjudiquen actividades muy alejadas de tal mérito, y que el uso de tal etiqueta se haya convertido en un latiguillo sin significado, en un mantra (365)<sup>91</sup>

Si bien es indiscutible que el uso del método científico en la investigación biomédica es base para el desarrollo y la aplicación de los tratamientos más adecuados, no hay que olvidar que este no es neutral y su deformación interesada por la industria farmacéutica puede ser causa de decisiones equivocadas, dolor innecesario, sufrimiento y muerte (366)<sup>92</sup>. Si todo ha cambiado en la investigación, también lo ha hecho en la industria farmacéutica que la soporta, que ha cambiado sus referentes (367,368), perdiendo el beneficio social de su actividad en aras del beneficio económico (rentabilidad) en bolsa de sus productos (369). Si por algún tiempo durante la década de 1990, la medicina basada en la evidencia (MBE) no se llevó bien con la industria farmacéutica, esta se dio cuenta de que la MBE era una oportunidad más que una amenaza. Comprendieron que la investigación, sobre todo cuando se publicaba en una revista de prestigio, valía más que miles de visitantes médicos. Para algunos autores, hoy, la MBE se ha convertido para el personal médico en una pistola cargada apuntando a su cabeza. Les advierte "es mejor que hagas lo que dice la evidencia", sin dejar que la persona piense o llegue a formarse una opinión documentada. La MBE se ha convertido hoy en el problema, y alimenta el sobrediagnóstico y el sobretratamiento (370).

El hecho de diagnosticar una "enfermedad" que nunca causará síntomas o la muerte del paciente, convierte a las personas en enfermos sin necesidad y conduce a tratamientos

---

<sup>91</sup> He accedido a la traducción de este artículo a través de (212)

<sup>92</sup> Cito a Ben Goldacre a través de una traducción al español realizada por “Viento Sur.info” de su libro BAD Pharma publicado por Fourth Estate y por Paidós Iberica (2013)

que sólo pueden causar daño, al no aportar beneficio alguno a su salud (371). La interpretación de un hallazgo casual en una prueba diagnóstica, mal indicada al omitir partes fundamentales del método clínico (anamnesis y exploración), tiende a considerarse como patológica y se le otorga el mismo valor clínico. Esto conduce a nuevas pruebas y a la introducción de fármacos que, por una parte, generan nuevos hallazgos clínicos sin fundamento metodológico y, por otra, a la presencia de efectos secundarios e interacciones farmacológicas que son, a su vez, tratadas con más fármacos.

Las cascadas de intervenciones clínicas, iniciadas por signos y síntomas irrelevantes, o por decisiones erróneas generadas por guías y protocolos, agreden al paciente, obvian la iatrogenia implícita en todo acto médico y disminuyen la eficacia de la actividad profesional, al diluir el esfuerzo de los médicos sobre enfermos y enfermedades de muy distinta gravedad (372).

Las revisiones críticas que se publican sobre las intervenciones preventivas elevan el nivel de preocupación a cotas nunca sospechadas. No se encuentran evidencias que sustenten el tratamiento preventivo de la prehipertensión, prediabetes ni de la osteopenia. Tampoco para tratar indiscriminadamente con estatinas a todo diabético o hipertenso sin enfermedad cardiovascular o para considerar la diabetes como un “equivalente de riesgo coronario”. Las estatinas tienen una capacidad de disminuir la incidencia en 4-5 años de acontecimientos coronarios en apenas un 1,6% (Reducción Absoluta del Riesgo). No se dispone de evidencias para el uso de estatinas en mujeres sanas, ni en mayores de 70 años sin enfermedad cardiovascular. El uso de tablas de riesgo para decidir tratamientos no ha demostrado su impacto clínico. La aspirina logra reducir infartos en varones en un 0,8% en 5-6 años e Ictus en mujeres en un 0,2% en 10 años, con un incremento de la incidencia de hemorragia digestiva severa del 0,3% y cerebral del 0.1%. En los ensayos en diabéticos la aspirina no ha resultado eficaz. Las evidencias sobre la prevención de fracturas son de mala calidad. En prevención primaria los fármacos antifractura reducen la incidencia de fracturas vertebrales, pero no de forma clara y consistente, y no hay datos de que reduzcan las fracturas de cadera o no vertebrales en mujeres menores de 65 años. Las evidencias no apoyan que se reduzca la presión arterial en los diabéticos debajo de 130/80 mm Hg, y el objetivo general 140/90 mmHg es más una “recomendación prudente” que una cifra sólidamente avalada. En prevención primaria no existen datos que permitan justificar el logro de cifras de c-LDL inferiores a 130 ó a 115 mg/dl. Por el contrario, sí que existen

evidencias de que reducir la HbA1c debajo de 6-6,5% frente al 7-8% se asocia a mayor mortalidad (373).

Los excesos de las últimas décadas, han elevado a la insensatez el “más vale prevenir” e instalando en la cultura profesional conductas que conducen al sobrediagnóstico, sobret ratamiento y una auténtica medicalización de la vida(374), imponiendo su “Némesis médica” (375)<sup>93</sup> a los ciudadanos que, sin ser conscientes de ello, han sido expropiados de su propia salud (376).

La respuesta científica y ética a esta situación creada viene determinada por un nuevo aforismo de la profesión médica: La prevención cuaternaria, esto es, actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario (377).

Hace apenas dos décadas, parecería impensable que una preocupación actual de la medicina en APS sea la deprescripción, esto es, el desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros (378). La polimedicación y el uso inapropiado de medicamentos se han convertido en un problema de salud pública de primer orden en los países desarrollados, tanto por su alta prevalencia y tendencia al alza como por sus consecuencias (379), afectando también a la salud individual y a la propia sostenibilidad del sistema. Ahora, el ejercicio del profesional de la medicina empieza a impregnarse de nuevos conceptos como la “prescripción prudente”(380,381), recomendaciones internacionales de “Choosing wisely” (382) y nacionales de “No hacer” (383) y empieza a vislumbrarse un nuevo paradigma de la atención médica, la atención centrada en el paciente (384), que integra el concepto de la medicina mínimamente disruptiva o impertinente o perjudicial (“Minimally Disruptive Medicine”) (385) en la que “menos es más” para recuperar el viejo y milenar io principio de actuación médica “primum non nocere”(386).

### Nuevos conceptos, viejas formas

---

<sup>93</sup> Némesis es el nombre que identifica a la diosa griega de la venganza, la fortuna y la justicia retributiva que se ocupaba de aplicar un castigo a aquellos que no obedecían.

Y en este contexto de nuevas prestaciones de servicios y nuevos problemas asistenciales derivados de las primeras, se mantienen elementos de las “viejas consultas” como la burocratización o conjunto de tareas o procedimientos derivados o relacionados con la actividad asistencial que implican la generación de documentos escritos (387). La actividad burocrática tiene dos componentes bien diferenciados, el administrativo o burocracia necesaria, y el innecesario u obsoleto, que no aporta nada que tenga que ver con cuestiones médicas y que casi todos los estudios lo sitúan sobre el 30% de la actividad asistencial diaria del médico de familia (388). Este problema ha de plantearse desde una perspectiva multifactorial y presenta una gran complejidad que afecta a cómo el profesional gestiona su propia consulta (389), el soporte o ayuda que puede ofrecerle el EAP, el comportamiento del resto de niveles asistenciales del SNS, la carga administrativa procedente de las gerencias y de fenómenos sociales propios de la comunidad en sus aspectos laborales, educativos o de soporte social (390). En el momento de redactar esta tesis hay tres acciones administrativas que pretenden ayudar a la desburocratización de la consulta: una que debería haberse aplicado desde 2014, la modificación de la periodicidad de la Incapacidades Laborales en aquellos casos en los que la lógica del proceso patológico así lo aconseje (391) (decreto muy polémico desde el punto de vista del derecho de los trabajadores), una que lleva implantada en la Comunidad desde principios de año, la receta multiprescripción o la receta electrónica, y otra que se prevé su pronta implantación, la prescripción de recetas por enfermería que genera profundas filias y fobias dentro de los profesionales sanitarios (392). El impacto de cualquiera de ellas está por definir, aunque la receta electrónica no ha superado, por el momento, la expectación que se suponía y ya han comenzado a presentarse críticas al programa (393).

### **9.2.3. La reforma sanitaria en la Administración**

La política sanitaria y la gestión desarrollada ha sido un tema transversal a lo largo de la tesis porque la APS actual sólo se puede comprender como el resultado de aciertos y errores en su génesis e implantación. Cualquier acción política lleva inherente una valoración crítica de quien la contempla en función de su visión cosmológica del mundo, de su sistema de valores sociales y profesionales, de su asentamiento filosófico y de su alineamiento político.

Con estas premisas, sería tedioso plantear una revisión exhaustiva de todo el cuerpo legislativo recogido y de la administración que lo ha ejecutado. Así que, en aras a una sistematización selectiva, se plantean en esta discusión tres líneas generales que tratan de responder a las siguientes preguntas: ¿responde el diseño organizativo de la administración sanitaria española al modelo APS integral surgido de Alma-Ata? ¿APS España ha disfrutado del adecuado respaldo político y administrativo para acometer la misión para la que fue concebida? ¿Ha cumplido la administración sanitaria con el liderazgo en valores sociales y éticos que su condición de servicio público le demanda?

### Estructura organizativa de la administración sanitaria española: el olvido de Alma-Ata

El modelo propuesto de la APS integral de Alma-Ata planteaba dos elementos básicos para la gestión de los sistemas sanitarios a la hora de configurar el primer nivel asistencial: la APS como puerta de entrada al sistema y como núcleo vertebrador del mismo sobre el que recae la responsabilidad de su gestión, esto es, lo que en términos políticos se conoce como eje fundamental del sistema.

Ambos elementos han de estar estrechamente vinculados porque un escenario donde se presenta uno sin el otro, sólo puede conducir a la disfuncionalidad del sistema. Una APS que sea puerta de entrada a las prestaciones y que no gestione y regule el funcionamiento del resto de niveles asistenciales ocasiona dos grandes anomalías. Por una parte, pierde conceptualmente su función de Gatekeeping (guardián o cuidador del paciente en sus tránsitos por los diferentes servicios y prestaciones del sistema) para degradarse a la función de portero (permitir o no el acceso al resto del sistema). Por otra, se le despoja de su función de coordinación asistencial y esta se deposita en otros niveles, más mediatizados profesionalmente, que no tienen la visión integradora del funcionamiento global del mismo y efectúan una gestión fragmentada (cuando no atomizada) que colisiona directamente con la misión y objetivos del primer nivel asistencial.

La Ley General de Sanidad situó la responsabilidad de la gestión del sistema en las áreas de salud, definiéndolas como las estructuras fundamentales sobre las que recae la responsabilidad de la gestión unitaria de los centros y establecimientos de la sanidad pública (Art. 56.2). De esta forma se perpetuó un modelo estructural de gestión hospitalocentrista incongruente con el modelo de la APS integral que deposita la

responsabilidad de la gestión en un nivel jerárquico superior fuertemente vinculado al hospital de área.

Si quien regula el acceso al sistema no puede gestionar su funcionamiento y quien tiene tal responsabilidad no puede regular el acceso, el resultado final es la disfuncionalidad del mismo que se materializa en un problema endémico de la sanidad española: el conflicto en la relación entre niveles asistenciales y que se expresa en forma de inadecuación de la continuidad asistencial de paciente o de listas de espera.

La solución lógica hubiera sido retomar el modelo APS integral e incorporar y desarrollar nuevos elementos de gestión como la descentralización administrativa que recoge el artículo 12 del Real Decreto 29/2000 (394) unida a la necesaria introducción de la competencia entre productores públicos en el segundo nivel asistencial (395). Pero, en cambio, se ha optado por soluciones contrarias a la APS como han sido las Gerencias Únicas (exacerbación del modelo hospitalocentrista) y la privatización bien mediante la gestión directa por persona jurídica interpuesta o la gestión indirecta, en la que la producción del servicio público es realizada por el sector privado, bien sea lucrativo o no, manteniendo la Administración pública la provisión del servicio público mediante alguno de los tipos de contratación externa establecidos en el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas (TRLCAP), Ley 53/1999 o en la misma LGS de 1986 (396).

La gerencia única ha sido la respuesta política que se ha dado al problema de la inadecuación de la continuidad asistencial del sistema. El que una sola organización asuma y gestione el conjunto de procesos directivos, administrativos y asistenciales que se generan en los niveles de Atención Primaria y Hospitalaria en el ámbito de un área sanitaria (397) podría tener justificación empírica (sin evidencia alguna) desde una perspectiva gerencial (concentración de poder) pero levantó fundadas suspicacias en APS tanto a nivel institucional (398) como individual (399) que se han confirmado en la falta de eficacia de la medida y en las pérdidas organizativas y presupuestarias de la APS.

### La APS ha sido olvidada por el SMS

Vaya por delante que no es intención de esta tesis presentar a la APS como la “hermana pobre del sistema sanitario”(400) ni adoptar una actitud plañidera en donde sus males son

consecuencia del mundo exterior. En los sistemas y subsistemas complejos como el sanitario, las causas de los acontecimientos son siempre multifactoriales, tanto externas como internas. No se puede obviar la necesaria crítica interna para explicar el escaso peso político que la APS representa en la sanidad española; y valga hacer mención a los conflictos organizacionales entre las tres sociedades científicas que la representan, en donde se mezclan intereses profesionales, científicos y laborales desde su creación (SEMFYC -1982-, SEMERGEN -1990-<sup>94</sup> y SEMG -1988-) que condicionan profundamente el desarrollo profesional del médico de familia y, por ende, desfiguran la propia Atención Primaria siendo uno de los factores más importantes para explicar su escaso peso específico y su falta de influencia en las políticas sanitarias públicas(401). Tampoco hay que olvidar que, desde las transferencias sanitarias de 2002, el SMS ha tenido ocho directores gerentes (uno en dos ocasiones)<sup>95</sup>, de los cuales tres son médicos de familia y, de los trece años transcurridos, ocho años han sido dirigidos por médicos de familia.

Pero, independientemente de las causas, hay datos objetivos que explican el sentimiento, cada vez más generalizado, del deterioro de la APS en España (402) en un escenario político carente de perspectivas, tras el olvido de la AP-21, y de liderazgo. De los posibles enfoques que podría explicar este hecho, hay dos especialmente significativos: la incardinación de la gestión de la APS en la estructura administrativa de la sanidad pública y su financiación.

### La dirección de los EAPs

La figura del coordinador de los EAPs surgió incluso antes (1984) de la Ley General de Sanidad (1986) en un contexto idílico de profesionales voluntariosos y comprometidos con la filosofía de la reforma sanitaria. La presencia de un profesional sanitario, máximo responsable y el líder del EAP (403), que cabalgaba entre dos mundos hasta entonces

---

<sup>94</sup> Si bien SEMERGEN se constituyó en 1990 en realidad fue una evolución de SEMERAP (1982) y esta, a su vez, evolucionó de SEMER (1972). Historia de la Sociedad Médica decana en Atención Primaria(416).

<sup>95</sup> Martín Quiñonero Sánchez (1999-2003); Eduardo J Garro Gutiérrez (2003-2004); José Luis Gil Nicolás (2004); María Asunción Tormo Domínguez (2004-2005); Francisco Agulló Roca (2005-2008); José Manuel Allegue Gallego (2008-2010); José Antonio Alarcón González (2010-2014); Manuel Ángel Moreno Valero (2014-2015); Francisco Agulló Roca (2015-...)

enfrentados, la asistencia y la gestión, supuso una gran innovación y una “idea fuerza del sistema” .

Durante los años transcurridos desde entonces, los EAPs han ido asumiendo nuevas obligaciones administrativas y de gestión a la vez que se han ido incorporando nuevos profesionales sanitarios que, en un proceso de normalización profesional y de falta de referentes, contemplan su trabajo desde una perspectiva más neutral. Esto introduce mayor heterogeneidad a los grupos profesionales. Pero la figura del coordinador no ha evolucionado gran cosa en estos años, al menos en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

La paradoja es que tiene asignadas las funciones propias de un director (organizar, dirigir, delegar, controlar y evaluar), pero carece del respaldo administrativo y las herramientas de gestión necesarias, por lo que la figura queda pues mermada y deteriorada su capacidad de liderazgo. En estas circunstancias es fácil comprender la desmotivación y la falta de candidatos a ocupar tales responsabilidades (404).

Se ha perdido una oportunidad histórica para profesionalizar la gestión de APS, máxime cuando su futuro posible es el de la descentralización y la autogestión, pero la ausencia de auténticos líderes con capacidad y experiencia dificultará mucho la transición y modernización de la APS.

### La infrafinanciación

La apuesta política por un nuevo modelo vertebrador del sistema sanitario no puede implementarse si no se vincula de manera coherente a una inversión productiva, esto es, a que lo que se invierte se destina a la adquisición, renovación, y mejoramiento de bienes para que generen nuevos bienes y servicios que beneficien a la sociedad, a la satisfacción de necesidades o al bienestar de la población. Una inversión productiva se diferencia del gasto o el consumo, en que se aplaza la decisión de recibir los beneficios de corto plazo para obtener un rendimiento y producción mayor en el mediano y largo plazo (405).

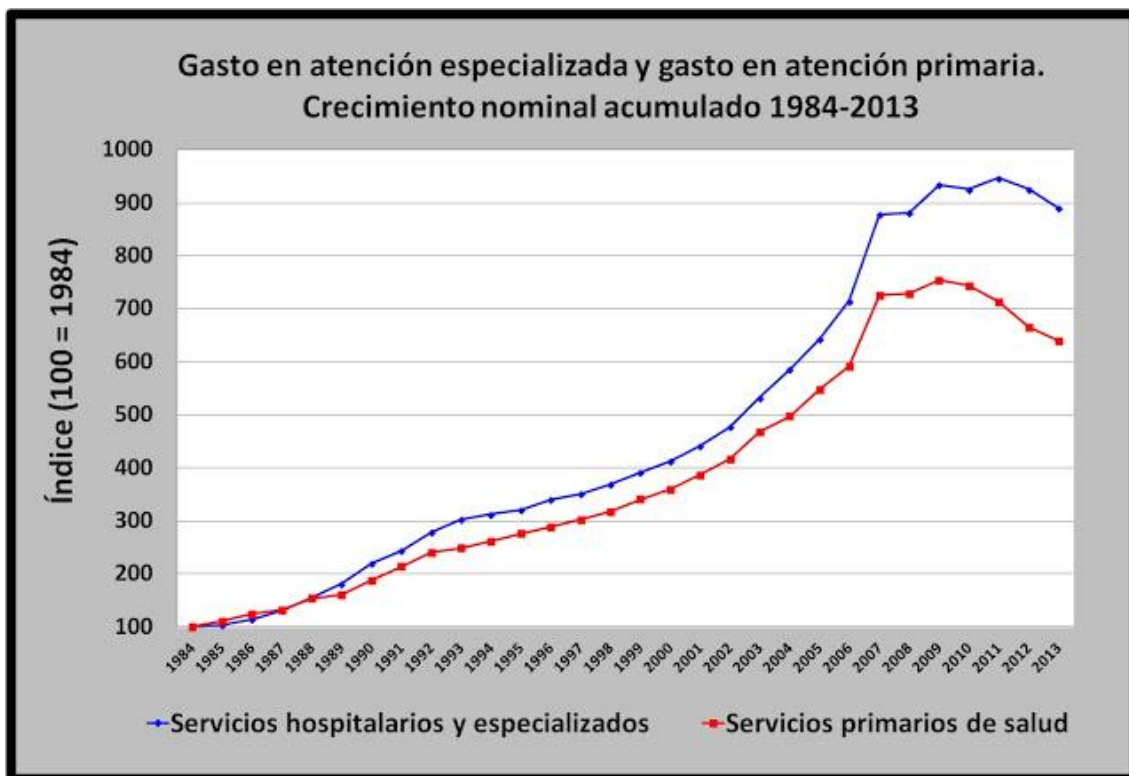
Desde ese punto de vista, el modelo APS de la reforma sanitaria también se conceptualiza como una inversión productiva que ofrece una solución a los problemas de gasto de los



países industrializados que tanto preocupaban a los ministros de sanidad en la segunda mitad del siglo pasado como fue el caso de Lalonde (24).

En la tesis se ha demostrado el olvido que la España franquista tuvo en política de inversiones con la asistencia ambulatoria generalista mientras invertía en las grandes “ciudades sanitarias”, y que el INSALUD heredó una caótica organización de primaria. También se ha mostrado la mejora en las infraestructuras y recursos de la APS, pero los datos demuestran que, con todo, nunca se ha efectuado una auténtica inversión productiva en este nivel asistencial y que la reforma sanitaria siguió progresivamente apostando por la Atención Especializada

### Ilustración 18. Evolución del Gasto Sanitario en Especializada y Primaria



Tomado del Blog "Salud, dinero y atención primaria" de Juan Simó (406)

Mucho se habla sobre la eficiencia de nuestro sistema sanitario público pero cuando se compara el gasto sanitario en el de los países europeos de la OCDE, ya en 2004\*2005, nuestro gasto hospitalario público recuperó gran parte del retraso respecto a Europa y desde 1995 se encuentra, como parte del PIB, en la media europea y, en términos per cápita, acorde con nuestra renta. Sin embargo, nuestro gasto ambulatorio público como parte del PIB es muy inferior al promedio europeo y, per cápita, muy inferior a nuestra

renta(407,408). Aunque no se han encontrado estudios posteriores, tras observar la gráfica anterior, cabe suponer que los datos sean mucho más abrumadores.

Se puede concluir pues que, aunque la APS es clave para la eficiencia del sistema sanitario (409), su financiación puede engrosar el cajón de lo olvidado.

### La pérdida o crisis de valores de la sanidad pública

Vivir en comunidad implica compartir unos parámetros de comportamiento que cada sociedad acepta (herencia cultural) y que referencian el ideal a seguir, el máximo estadio del espíritu humano, es decir, la aspiración a buscar lo mejor, lo más alto. Estos ideales (valores) se aplican a diferentes entornos de la convivencia, tanto a nivel individual (valores personales) como colectivo (valores sociales). Entre los primeros se encuentran la dignidad personal o la veracidad ante uno mismo y la lealtad, tolerancia, prudencia, justicia o la satisfacción por el trabajo bien hecho ante los demás. De los segundos, son de interés en esta tesis la eficiencia, la ejemplaridad, el servicio público, la conservación de bienes colectivos y la salud (410).

Los profesionales de la sanidad pública han de integrar valores procedentes de dos campos de actuación, los propios de la profesión médica y los que los identifican como servicio público.

Desde un punto de vista axiológico, los profesionales de la salud están inmersos en un propio sistema de valores, que guían el sentido y orientación de la actividad médica, y que son producto del condicionamiento social de la Medicina, de la especificidad epistemológica de la actividad médica y de las características de la práctica médica entendida como una relación social (relación médico-paciente interactiva, instrumental, societaria, afectiva y emocional). En este sistema de valores se incluyen los Morales, que imprimen un sentido humanista a la actividad médica (solidaridad, amor al prójimo, honestidad, responsabilidad, respeto, confidencialidad, etc.), los Cognitivos (concepciones sobre terapéuticas y fármacos, habilidades, destrezas, instrumentos, tecnología médica, teorías, hipótesis, principios y leyes médicas, etc.), los Culturales (estéticos, jurídicos, políticos, etc.) y otros a los que se orienta la profesión médica como son: la vida (valor fundamental), la salud, la integridad física y mental, el bienestar, la felicidad, la familia, la comunidad y la sociedad (411).

Cuando se plantean los valores desde los servicios públicos, se consideran: el respeto a los derechos humanos, el servicio al interés general, el respeto al estado de derecho e imparcialidad en la aplicación de las normas, la eficiencia y uso correcto de los bienes públicos, la participación democrática y atención a las demandas de la ciudadanía, la transparencia en la actuación pública, y la plena rendición de cuentas (412).

Pero los valores no solo afectan a la práctica de los profesionales de la salud, también obligan a sus organizaciones y a la administración sanitaria. En esta última, los valores están relacionados con la gobernanza (“governance”) y el buen gobierno (“good governance”)<sup>96</sup>

En sentido general, la Worldwide Governance Indicators (Banco Mundial) establece unos Indicadores Mundiales de Buen Gobierno en seis dimensiones de la gobernabilidad para medir la calidad de las instituciones que han de facilitar el buen gobierno: Participación y rendición de cuentas, Estabilidad política, Efectividad gubernativa (burocracia y calidad del servicio), Calidad regulatoria, Estado de derecho y Control de la corrupción (413).

En España, desde 1996 (primeros datos disponibles) se aprecia una tendencia al deterioro en las seis dimensiones citadas, siendo la corrupción la dimensión en la cual nuestro país no ha realizado progresos desde el año 2004. El político, en lugar de actuar en beneficio del ciudadano, actúa en beneficio de una tercera parte (generalmente, la empresa privada directamente o, en ocasiones, a través de colaboración público-privada). La corrupción supone la quiebra de normas legales, contractuales, éticas, culturales, etc.; pero también hay otras formas de incurrir en comportamientos corruptos sin quebrar ninguna norma legal como, por ejemplo, facilitando información privilegiada. Nuestras rutinas y procedimientos administrativos parecen proteger a la partidocracia, lo que lleva a contemplar la administración como el botín que otorga la ocupación del poder y permite, además, sentar las bases para la ulterior escalada social a través de puertas giratorias, entre los sectores público y privado, previamente engrasadas (414).

La administración sanitaria española no se escapa a este problema. La restricción de la transparencia y el secretismo en el proceso decisonal, la extensión desmedida de un procedimentalismo burocrático y un dirigismo paternalista injustificado por sus resultados y la proliferación de imaginativas "nuevas formas de gestión", sin que en general se evalúe suficientemente la eficiencia de cada opción ni se rindan cuentas sobre

---

<sup>96</sup> Ambas palabras son traducciones al español de dos significados del inglés: “governance” y “good governance”. El primero define el “arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía” por lo que hace referencia a los procesos de toma de decisiones y de su implementación. Su análisis se centra en los actores implicados en ambos procesos y en las estructuras que se han preparado para poder implementar las decisiones. El gobierno es uno de los actores en la gobernanza (417)

su aplicación, propician un caldo de cultivo para que prolifere la captura de “voluntades públicas” por intereses de burócratas, políticos y *lobbies*. Y, a la vez, un creciente espacio para el ilegítimo botín electoral que sella lealtades indebidas y favorece la perpetuación de los peores vicios (414).

Mucho se ha hablado de la pérdida progresiva de valores en los profesionales de la salud que, sobre todo, tienen que ver con su compromiso con los valores inherentes a la sanidad como servicio público (universalidad, accesibilidad, equidad, participación, responsabilidad, sensibilidad, eficacia y eficiencia) y que, aunque es indudable que presenta un comportamiento interno (los regalos y la participación masiva de las industrias en la formación continuada de los médicos contribuyen a una pérdida de imparcialidad y a una obligación de corresponder a los "dones" recibidos; así se alinean - con o sin "malicia sanitaria"- los intereses de los profesionales con los de las industrias, muchas veces en perjuicio de las necesidades de los pacientes y de la sociedad (377,414)) no es posible obviar el efecto de la administración sanitaria sobre los profesionales.

El principal problema de los valores es que estos no se imponen, a veces se enseñan pero, sobre todo, se transmiten y esto implica una ejemplaridad (410) que, aunque puede penetrar las conductas entre iguales, se presenta en una estructura jerárquica donde las bases la reciben desde los niveles superiores. Los valores que trasmite cada sociedad a sus miembros han de expresarse de manera directa con el comportamiento, por lo que son aceptados como algo “natural”, y no como algo “aprendido” y “razonado”.

Los valores de la organización se transmiten a los usuarios en la recepción de los centros sanitarios; a los pacientes en la consulta asistencial, a los residentes a través de su tutor y a los profesionales con las actuaciones de los gestores sanitarios. Pero cuando se ofrece una imagen de clientelismo, en beneficio propio o de terceros, y los gestores sanitarios en nuestro país no tienen todavía suficientemente desarrollada su formación ética (415), se transmiten valores negativos en donde todo cabe, produciendo desafección en el compromiso con la organización y laxitud de las conciencias.

España se encuentra sumida en una crisis económica a la que se ha respondido institucionalmente con el ataque frontal al sistema de valores profesionales y de la sanidad pública. La incidencia del factor económico en la práctica médica, ha determinado unas respuestas administrativas, puramente gerenciales, sin la suficiente perspectiva como para ver la relación que guarda la distribución de los servicios y bienes de salud con los

aspectos éticos, cognoscitivos, culturales y axiológicos en general (411). La ética de la administración, que debería haber sido el puente entre el sistema de valores y las políticas sanitarias<sup>97</sup>, sobre todo en estos momentos de crisis, ha sido sustituida, en el mejor de los casos, por la relación coste-beneficio, cuando no por el beneficio a terceros que se lucran con las externalizaciones, conciertos y privatización encubierta en un claro ejercicio administrativo de deterioro programado de lo público sin evidencia ni justificación científica alguna sobre su eficiencia.

### Comentario final

Lieberman nos mostró al principio de la tesis que no somos más que seres en transición sometidos a dos procesos evolutivos, el genético y el cultural. Lo que diferencia a los seres humanos del resto de las especies es la velocidad de desarrollo que goza nuestra (re)evolución cultural, lo que nos confiere una enorme capacidad de transformación de los entornos, a los que nuestra carga genética no es capaz de adaptarse produciendo “enfermedades por desajuste”.

Quizá sea esa evolución cultural la que determina la condición humana, capaz de las más altas grandezas y de las más bajas miserias, que permite el conocimiento científico a la vez que produce las desigualdades sociales en la salud, en un continuum de mejora-retroceso que, si bien permite el progreso de la humanidad, también condiciona pérdidas que producen sufrimiento, dolor y muerte.

Esta situación no solo afecta a continentes enteros dominados por la pobreza y la falta de recursos, también se presenta en los países desarrollados, sometidos a economías de mercado, que ahondan la brecha redistributiva de la riqueza, produciendo inequidades en la atención de las clases menos favorecidas a la vez que las complicaciones de la sobreabundancia, del hipercuidado y del exceso de una medicina que ha perdido el sentido de sus límites.

Los sistemas sanitarios deben contribuir a la corrección de estas anomalías integrando el conocimiento científico con los sistemas de valores de la sociedad, organizando racionalmente sus estructuras y potenciando una Atención Primaria de Salud fuerte que

---

<sup>97</sup> Bankowski Z. La ética y los valores humanos en las políticas sanitarias. Foro mundial de la salud. 1996; 17(2):152-156 (no disponible en formato digital)

sea capaz de satisfacer las necesidades de la población a la vez de regular el funcionamiento global del sistema.

Es indudable que para conseguirlo hay que apostar por una potente inversión productiva por parte de los organismos financieros internacionales para los países que tienen mermada su capacidad de desarrollo y por parte de los presupuestos generales del estado en los países desarrollados.

Cualquiera de las dos propuestas parece pertenecer al mundo de la utopía, y la historia nos enseña que las tendencias van en sentido contrario pero, como se ha mencionado antes, la condición humana es capaz de las más altas grandezas.

## 10. Conclusiones



1. La reforma sanitaria en España ha logrado alcanzar niveles de universalidad cercanos al modelo APS Integral. La accesibilidad también ha experimentado un recorrido similar y la prestación de servicios se efectúa de acuerdo al modelo en cuanto a la APS. No sucede igual en relación al segundo nivel asistencial, donde las listas de espera para pruebas diagnósticas, para primeras consultas y para intervenciones quirúrgicas suponen uno de los problemas más importantes tanto a nivel nacional como autonómico o de área sanitaria.
2. La participación ciudadana es claramente insuficiente en cualquiera de sus dos dimensiones, tanto en el proceso de toma de decisiones sobre la salud como en el control de la gestión sanitaria. El sistema sanitario se organiza sobre los intereses y enfoques gerenciales y profesionistas.
3. Se ha mejorado mucho la equidad del sistema sanitario en la población pero queda como problema no resuelto la variabilidad en la atención prestada en función del cupo asistencial.
4. La APS España no es el eje (núcleo) fundamental del sistema, ha sido más bien pensada para la resolución de problemas y para ordenar el tráfico (flujos) del sistema que para regular su funcionamiento. Desde el punto de vista administrativo, se ha optado por perpetuar el modelo gerencial hospitalocéntrico cuya máxima expresión son las Gerencias Únicas.
5. Al tomar como referente a la medicina interna, la APS España ha tenido un desarrollo desigual en sus elementos conceptuales. Se han desarrollado más los aspectos clínicos del modelo tradicional biomédico aplicados a la atención primaria que la visión integral del modelo biopsicosocial.
6. El sistema de registro de la información sanitaria cumple bien con la orientación biomédica pero es insuficiente para el nuevo modelo de asistencial. La HCE, OMIap y la CIAP-2 no han sido capaces de resolver la calidad de los registros en APS.
7. El uso de la tecnología en APS es necesario para mejorar la capacidad de resolución de problemas pero debe estar vinculada a la evaluación bajo estándares de calidad y de seguridad al paciente de los que hoy carece.
8. APS España se encuentra sumida en una profunda crisis de identidad relacionada con la ausencia de metas, de liderazgo político y profesional, y con la pérdida de valores propios de la sanidad pública. La gobernanza efectuada es parte del problema aunque debería ser parte de la solución.

## 11. Bibliografía

## Bibliografía

1. España. Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE; 1984 p. 2627–9.
2. España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE; 1986 p. 15207–24.
3. España. Ley General de Salud Pública. BOE; 2011 p. 104593–626.
4. Lieberman DE. La Historia del Cuerpo Humano. Evolución, salud y enfermedad. Barcelona: PASADO Y PRESENTE SL; 2014. 506 p.
5. Alby JC. La concepción antropológica de la medicina hipocrática. Enfoques XVI. 2004;1(Otoño):5–29.
6. González J. El ethos, destino del hombre. Fondo de Cultura Económica. México DF; 1996. 79-91 p.
7. Franz JP. Oratio academica de populorum miseria, morborum genitrice (Ticini 1790). Akademische Rede vom Volkseind als der Mutter der Krankheiten (Pavia 1790). J.A. Barth 1960., editor. Leipzig: Barth, JA; 1960.
8. Bernard C. Introducción ó estudio da medicina experimental [Internet]. Santiago de Compostela: Fundación BBVA; 2002. 340 p. Available from: <http://books.google.com/books?id=nRTlrO9xen0C&pgis=1>
9. Dubos R. El hombre en adaptación. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1975. 303-306 p.
10. Cannon WB. La sabiduría del cuerpo. Mexico: Editorial Séneca; 1941. 332-352 p.
11. Alleyne GA. Promoción de la Salud en las Américas. Informe anual del Director [Internet]. Washington, D.C; 2001. Available from: [http://publications.paho.org/spanish/DO302\\_TOC.pdf](http://publications.paho.org/spanish/DO302_TOC.pdf)
12. Moledo L, Magnani E. Diez Teorías que conmovieron el Mundo (I): de Copérnico a Darwin. Buenos Aires: Capital Intelectual; 2006. 108 p.
13. Flexner a, DB Updike TMP. Medical Education in the United States and Canada Bulletin Number Four (The Flexner Report) [Internet]. Carnegie Bulletin. 1910. Available from: [http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie\\_Flexner\\_Report.pdf](http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf)
14. Díaz Llanes G, Pérez Cárdenas CM. Las ciencias sociales en la formación de posgrado en Salud Pública. Educ Médica Super [Internet]. 2002, Editorial Ciencias Médicas; 2003 [cited 2015 Oct 3];17(2). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412003000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
15. Lorenzano C. La estructura teórica de la Medicina y las Ciencias Sociales, lo biológico y lo social. Washington DC: OPS/OMS; 1994. p. 35–61.

16. Carneiro RL, Perrin RG. Herbert Spencer's Principles of Sociology: A Centennial Retrospective and Appraisal. *Ann Sci* [Internet]. 2002;59(3):221–61. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00033790110050768#.VXxW6mDT2S0>
17. Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. 7ª ed. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2005. 242 p.
18. OMS. Documentos básicos 48º ed [Internet]. Ginebra; 2014. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
19. Yépez R, Barreto D. *La interdisciplinarietà, lo biológico y social en la formación de médicos*. *Lo Biológico y lo Social*. Washington DC; 1994.
20. PAHO Foundation. The Abraham Horwitz Award [Internet]. [pahofoundation.org](http://pahofoundation.org). [cited 2015 Aug 30]. Available from: <http://www.pahofoundation.org/initiatives/awards/horwitz>
21. Abraham H. Reflexiones sobre economía y salud. *Bol la Of Sanit Panam* [Internet]. 1961;51(2):97–103. Available from: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v44n5p375.pdf> \n <http://hist.library.paho.org/English/PUB/PBOS028.pdf>
22. Laframboise H. Health policy: breaking the problem down into more namageable segments. *Can Med Assoc J* [Internet]. 1973 [cited 2015 Jan 19];108:388–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/>
23. Álvarez Pérez A, García Farinas A, Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev Cuba Salud Pública*. 2007;33(2):1–16.
24. Lalonde M. *A new perspective on the health of canadians*. Ottawa, Ontario; 1974.
25. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *Lancet* [Internet]. Elsevier; 1991 Oct 26 [cited 2015 Jan 22];338(8774):1059–63. Available from: <http://www.thelancet.com/article/014067369191911D/fulltext>
26. World Health Organization, Marmot M, Pan American Health Organization (PAHO). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de las salud*. Who [Internet]. 2011;56. Available from: [http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com\\_content](http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content) \n [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/en/](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/en/) \n <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf> \n [papers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409](http://publications/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409)
27. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. *Equidad en salud y desigualdades sociales en salud* [Internet]. Profesionales. MSSSI. [cited 2015 Aug 15]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm>

28. Larsen CS. Bioarchaeology: The lives and lifestyles of past people. *J Archaeol Res* [Internet]. 2002;10(2):119–66. Available from: <http://download.springer.com/static/pdf/950/art:10.1023/A:1015267705803.pdf?originUrl=http://link.springer.com/article/10.1023/A:1015267705803&token2=exp=1439576995~acl=/static/pdf/950/art%3A10.1023%2FA%3A1015267705803.pdf?originUrl=http://>
29. Papagrigrakis MJ, Yapijakis C, Synodinos PN, Baziotopoulou-Valavani E. DNA examination of ancient dental pulp incriminates typhoid fever as a probable cause of the Plague of Athens. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2006 May [cited 2015 Jan 28];10(3):206–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16412683>
30. Jordan WC. *The Great Famine: Northern Europe in the Early Fourteenth Century*. Princeton: Princeton University Press; 1997. 328 p.
31. Conklin AR, Stilwell TC. *World Food Production and Use*. New Jersey: Wiley-Interscience; 2007. 445 p.
32. Salud OMD La. Evolución de la seguridad sanitaria. Inf sobre la salud en el mundo [Internet]. 2007; Available from: [http://www.who.int/whr/2007/07\\_chap1\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2007/07_chap1_es.pdf)
33. World Health Organization. *WHO Smallpox*. Ginebra; 1980.
34. Gómez-Dantés O, Khoshnood B. La evolución de la salud internacional en el siglo XX. *Salud Pública Méx* [Internet]. 1991 [cited 2015 Jan 6];33(4):314–29. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=175153&indexSearch=ID>
35. WHO | Yellow fever [Internet]. WHO. World Health Organization; 2014 [cited 2015 Oct 3]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs100/en/#.VhALSKf2fJg.mendeley>
36. Andersson JO, Andersson SGE. A century of typhus, lice and Rickettsia. [Internet]. *Research in microbiology*. 2000. p. 143–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10865960>
37. Margarita L, Valdés G, De M, Moreno CC. Cólera : historia y actualidad Cholera : history and present. *Rev Ciencias Médicas*. 2011;15(4):280–94.
38. Harris JB, LaRocque RC, Qadri F, Ryan ET, Calderwood SB. Cholera. *Lancet* [Internet]. 2012 Jun 30 [cited 2015 Feb 16];379(9835):2466–76. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3761070&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
39. OMS | Cólera [Internet]. OMS. World Health Organization; 2014 [cited 2015 Oct 3]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/es/#.VhANfufxi2o.mendeley>

40. Valleron A-J, Cori A, Valtat S, Meurisse S, Carrat F, Boëlle P-Y. Transmissibility and geographic spread of the 1889 influenza pandemic. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2010;107(19):8778–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2889325/pdf/pnas.201000886.pdf>
41. Patterson K, Pyle G. The Geography and Mortality of the 1918 influenza pandemic. *Bull Hist Med*. 1991;65(1):4.
42. Zink AR, Sola C, Reischl U, Grabner W, Rastogi N, Wolf H, et al. Characterization of Mycobacterium tuberculosis complex DNAs from Egyptian mummies by spoligotyping. *J Clin Microbiol* [Internet]. 2003;41(1):359–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC149558/pdf/0426.pdf>
43. Daniel TM. The history of tuberculosis. *Respir Med*. 2006;100(11):1862–70.
44. Duarte García de Cortázar I. Sanatorios para tuberculosos: auge y decadencia. *ARS médica* [Internet]. 11(11). Available from: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica11/Ars14.html>
45. OMS | Tuberculosis [Internet]. World Health Organization; 2015. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/#.VhFps\\_IIFzI.mendeley](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/#.VhFps_IIFzI.mendeley)
46. Vidal Portillo J. Importancia de los Informes Beveridge en el desarrollo del Estado Social [Internet]. 2014. Available from: <http://agoraucmsenior.com/Trabajos pdf/140115 Beveridge.pdf>
47. Sotelo I. El Estado social. Antecedentes, origen, desarrollo y declive [Internet]. Trotta; 2010. 425 p. Available from: <http://0-site.ebrary.com.medina.uco.es/lib/bibliocordoba/Doc?id=10560304>
48. The National Archives. Great Plague of 1665-1666. How did London respond to it? London: The National Archives; 2008.
49. Cabo Salvador J, Cabo Muiños J, Roberto Iglesias J. Capítulo 1. Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EEUU [Internet]. CEF.- Gestión Sanitaria. [cited 2015 Jul 25]. p. 1–18. Available from: <http://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html>
50. Jones E, Wessely S. Battle for the mind: World War 1 and the birth of military psychiatry. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014 Nov 8 [cited 2015 Jan 14];384(9955):1708–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25441201>
51. Edwards DS, Mayhew ER, Rice ASC. “Doomed to go in company with miserable pain”: surgical recognition and treatment of amputation-related pain on the Western Front during World War 1. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014 Nov 8 [cited 2015 Jan 14];384(9955):1715–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25441202>

52. Shanks GD. How World War 1 changed global attitudes to war and infectious diseases. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014 Nov 8 [cited 2015 Jan 13];384(9955):1699–707. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25441200>
53. Britain G, Beveridge W. *Social Insurance and Allied Services: Report*. London; 1942 [cited 2015 Jan 19];20. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Social+Insurance+and+allied+services+Report+by#0>
54. Gallup Poll. The Beveridge Report and the public [Internet]. [nationalarchives.gov.uk](http://www.nationalarchives.gov.uk). 1943 [cited 2015 Aug 17]. Available from: [http://www.nationalarchives.gov.uk/pathways/citizenship/brave\\_new\\_world/docs/beveridge\\_public.htm](http://www.nationalarchives.gov.uk/pathways/citizenship/brave_new_world/docs/beveridge_public.htm)
55. the Socialist Health Association. Mr Willink's Lost Opportunity MPU 1944 [Internet]. 1944 [cited 2015 Aug 15]. Available from: <http://www.sohealth.co.uk/national-health-service/the-sma-and-the-foundation-of-the-national-health-service-dr-leslie-hilliard-1980/mr-willinks-lost-opportunity-mpu-april-1944/>
56. Law national health service [Internet]. United Kingdom; 1946 p. 98. Available from: [http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1946/81/pdfs/ukpga\\_19460081\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1946/81/pdfs/ukpga_19460081_en.pdf)
57. Ehiri JE, Prowse JM. Child health promotion in developing countries: the case for integration of environmental and social interventions? [Internet]. *Health policy and planning*. 1999. p. 1–10. Available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/14/1/1.full.pdf+html>
58. Smith DL, Bryant JH. Building the infrastructure for primary health care: an overview of vertical and integrated approaches. *Soc Sci Med*. 1988;26(9):909–17.
59. Gadomski A. Constraints to the potential impact of child survival in developing countries. *Health Policy Plan* [Internet]. 1990;5(3):235–45. Available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/5/3/235.full.pdf+html>
60. WHO. The Executive Board for its study on methods of promoting the development of basic health services, and notes with appreciation its conclusions and recommendations. *Handb. Res. Geneva*; 1973.
61. Bhore Committee. *Report of the Health Survey and Development* [Internet]. New Delhi; 1946. Available from: [http://www.nihfw.org/Doc/Reports/Bhore Committee Report - Vol II.pdf](http://www.nihfw.org/Doc/Reports/Bhore%20Committee%20Report%20-%20Vol%20II.pdf)
62. WHO. Regional Office for Europe. *Primary health care - Finland (2008)* [Internet]. 2008 [cited 2015 Aug 17]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/data-and-statistics/a-selection-of-country-profiles/finland-2008>

63. Braveman P, Tarimo E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Soc Sci Med* [Internet]. 2002;54(11):1621–35. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953601003318>
64. Djukanovic V, Mach E. *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries: A joint UNICEF/WHO study*. Geneva: OMS; 1975.
65. McKeown T. *The modern rise of population*. Medical History. Nueva York: Academic Press; 1976. p. 332.
66. Bryant J. *Health and the developing world*. Ithaca. New York: Cornell University Press; 1969.
67. Cruz Rojo C. *Epidemiología de las enfermedades crónicas* [Internet]. Sevilla; 2008. Available from: <http://personal.us.es/cruzrojo/EPIDEMIOLOGIA-CRONICAS.pdf>
68. WHO. *The work of who 1957*. Annual report of the Director General. Geneva; 1957.
69. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1864–74.
70. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* (80- ). 1977;196(4286):129–36.
71. Hanika F. Ludwig von Bertalanffy: Perspectives on General Systems Theory – New York: Braziller, 1975, 283. *Behav Sci* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd.; 1975 Jan 1 [cited 2015 Oct 4];22:368–71. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bs.3830220508/abstract>
72. Frankel R, Quill T, McDaniel S. *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future* [Internet]. University of Rochester Press. New York; 2003. 298 p. Available from: <http://dx.doi.org/>
73. Inquiry S, Epstein RM, Legacy GES. The Biopsychosocial Model 25 Years Later. *Ann Fam Med* [Internet]. 2004;2(6):576–82. Available from: <http://www.annfammed.org/cgi/content/abstract/2/6/576>
74. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535–44.
75. World Health Organization. *Primary health care. Alma Ata. Report* [Internet]. Geneva; 1978. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf>
76. Sanders D. *Twenty Five Years of Primary Health Care: Lessons Learned and Proposals for Revitalisation* [Internet]. South Africa; 2003. Available from: [www.asksource.info/rtf/phc-sanders.RTF](http://www.asksource.info/rtf/phc-sanders.RTF)
77. Zurro AM, Solà GJ. *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria* [Internet]. First Edit. Atención familiar y salud comunitaria. Elsevier



- Espa8#241;a, S.L.; 2011. 1-14 p. Available from:  
<http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00024-7>
78. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. *Rev Cuba Educ Med Super.* 2000;14(2):109–27.
  79. Mahler H. Health. A Demystification of Medical Technology. *Lancet* [Internet]. Elsevier; 1975 Nov 11 [cited 2015 Oct 4];306(7940):829–33. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673675902329/fulltext>
  80. Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet (London, England)* [Internet]. Elsevier; 2008 Sep 13 [cited 2015 Jun 19];372(9642):865–6. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673608613720/fulltext>
  81. Walsh J a, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med.* 1979;301:967–74.
  82. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy. *Health Aff.* 2004;23(3):167–76.
  83. Gish O. Selective primary health care: Old wine in new bottles. *Soc Sci Med.* 1982;16(10):1049–54.
  84. Newell KW. Selective primary health care: the counter revolution. *Soc Sci Med* [Internet]. 1988;26(9):903–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3388069>
  85. Malnutrition: The Silent Emergency. 2003 [Internet]. UNICEF USA fund. 2004 [cited 2015 Aug 18]. Available from: <http://www.unicefusa.org/mission/survival/nutrition>
  86. United Nations Development Programme. Human Development Report 2003 - Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty [Internet]. New York: Oxford University Press, Inc; 2003. Available from: [http://www.unic.un.org.pl/hdr/hdr2003/hdr03\\_complete.pdf](http://www.unic.un.org.pl/hdr/hdr2003/hdr03_complete.pdf)
  87. Baum F, Sanders D. Can health promotion and primary health care achieve Health for All without a return to their more radical agenda? *Health Promot Int* [Internet]. 1995;10(2):149–60. Available from: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/10/2/149.full.pdf+html>
  88. Vuori H. Primary health care in industrialized countries. *J R Coll Gen Pract* [Internet]. 1982;32(245):729–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1972857/pdf/jroyalcgprac00096-0024.pdf>
  89. Gervas J, García Olmos LM, Simó J. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Atención Primaria* [Internet]. 2008;40(5):253–5. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13120018&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=43&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v40n05a13120018pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13120018&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=43&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v40n05a13120018pdf001.pdf)

90. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* [Internet]. 1994;344(8930):1129–33. Available from:  
<http://search.proquest.com/health/docview/199046743?accountid=50037>
91. Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general / de familia. *Aten Primaria* [Internet]. 1995;16(8):501–6. Available from:  
<http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/01/caracterizacion-del-trabajo-asistencial-del-medico-general-de-familia.pdf>
92. Evidence-Based Medicine Working Group. A new approach to teaching the practice of medicine. *Jama*. 1992;268(17):2420–5.
93. Organización Panamericana de la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. 2002;165.
94. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Promoción de la Salud: Marco Teórico y Contextual [Internet]. Available from:  
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>
95. Asamblea General ONU. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. [Internet]. 2012. Available from:  
<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/66/2>
96. WHO. WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. World Health Organization; 1986. Available from:  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/#.VhGLv\\_dzdPI.mendeley](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/#.VhGLv_dzdPI.mendeley)
97. WHO. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: “Políticas a favor de la Salud” [Internet]. Adelaida. Australia; 1988. Available from:  
<http://www.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2013/08/Segunda-Adelaida.pdf>
98. WHO. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud [Internet]. México DF; 2000. p. 1–50. Available from:  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf)
99. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Internet]. 57 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2004. p. 24. Available from:  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf)
100. OMS. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 2005. p. 1–6.
101. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación [Internet]. Global Health Promotion. 2008. Available from:

- [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)
102. WHO. La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la Salud. Nairobi: WHO; 2009. p. 26–30.
  103. OMS. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Río de Janeiro. Brasil; 2011. Available from: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf)
  104. World Health Organization. The Helsinki statement on health in all policies. 8th Glob Conf Heal Promot [Internet]. 2013;(June 2013). Available from: [http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP\\_Helsinki\\_Statement.pdf](http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf)
  105. Huertas R. Política sanitaria: de la dictadura de Primo de Rivera a la II<sup>a</sup> República. Rev Esp Salud Publica [Internet]. MSSSI; 2000 [cited 2015 Oct 4];74(MON):00. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272000000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  106. Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. Health Policy (New York) [Internet]. Elsevier; 1997 Aug 8 [cited 2015 Oct 4];41(2):121–37. Available from: <http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168851097000171/fulltext>
  107. Martínez Pérez J. Historia de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Historia del médico rural español. Madrid: Fundación SEMERGEN; 2003.
  108. Gol i Gurina J. X Congreso de Médicos y biólogos en Lengua Catalana. Perpignan; 1976.
  109. Gol i Gurina J. Cap a un nou concepte de salut. In: Colectivo, editor. Salut Sanitat I Societat Per Una Resposta Socialista a L'actual Situació Sanitària. 1<sup>a</sup> Ed. Barcelona: 7 x 7 Edicions; 1977. p. 251.
  110. Vuöri H. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? Atención Primaria. 1983;0(0):3–4.
  111. Pacto político. Los Pactos de la Moncloa [Internet]. Madrid; 1977. Available from: <http://www.mpr.gob.es/servicios2/publicaciones/vol17/descarga/Coleccion-Informe-17-Los-Pactos-de-la-Moncloa.pdf>
  112. Instituto de Información Sanitaria. Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas [Internet]. Madrid; 2012. Available from: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion\\_Sanitaria\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion_Sanitaria_2012.pdf)
  113. Corrales Nevado D. Repercusiones de la evolución de la reforma de la atención primaria en el papel de los profesionales de enfermería. Atención Primaria

- [Internet]. Elsevier; 1996 Dec 1 [cited 2015 Jun 4];18(10):577–80. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-repercusiones-evolucion-reforma-atencion-primaria-14430>
114. Urios Aparisi C. Las condiciones de información en la práctica médica. El derecho a la información. Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.
  115. Pisacano NJ. History of the specialty [Internet]. American Board of Family Medicine. 1975. Available from: <https://www.theabfm.org/about/history.aspx>
  116. Millis JS, CITIZENS COMMISSION MEDICAL EG. The graduate education of physicians [Internet]. Chicago; 1966. Available from: [http://case.summon.serialssolutions.com/document/show?id=FETCH-case\\_catalog\\_b127667325&s.q=The+Graduate+Education+of+Physicians:+The+Report+of+the+Citizens+Commission+on+Graduate+Medical+Education](http://case.summon.serialssolutions.com/document/show?id=FETCH-case_catalog_b127667325&s.q=The+Graduate+Education+of+Physicians:+The+Report+of+the+Citizens+Commission+on+Graduate+Medical+Education)
  117. Willard W, Johnson A, Wilson V. Meeting the challenge of family practice. Report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education. American Medical Association. 1966.
  118. David AK. Preparing the Personal Physician for Practice (P4): Residency Training in Family Medicine for the Future. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2007;20(4):332–41. Available from: <http://www.jabfm.org/cgi/doi/10.3122/jabfm.2007.04.070081>
  119. Adams B. Primary Care. Will more family doctors improve health care? *CQ Res* [Internet]. 1995 [cited 2015 Jul 4];5(10):217–40. Available from: <http://library.cqpress.com/cqresearcher/document.php?id=cqresrre1995031700#.VhGhFXNSrKA.mendeley>
  120. Pugno P a, Epperly TD. Residency Review Committee for Family Medicine: an analysis of program citations. *Fam Med* [Internet]. 2005;37(3):174–7. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=15739132>
  121. España. Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE; 2012 p. 2735–6.
  122. Amigo-Rodríguez P. Institucionalización de la medicina familiar y comunitaria como especialidad médica en España (1978-2008) [Internet]. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2011. 424 p. Available from: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S0022216X06291041](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0022216X06291041)
  123. Fernández Díez A, Ichaso Rubio M. La Atención Primaria en España. Análisis histórico y retos de futuro. *Rev Adm Sanit* [Internet]. 2005;3(1):9–12. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13073384&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=261&ty=92&accion=L&origen=](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13073384&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=261&ty=92&accion=L&origen=)

- zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v3n1a13073384pdf001.pdf
124. Criado Álvarez JJ, Repullo Labrador JR, García Millán A. Vigencia de la Ley Genral de Sanidad tras veinticinco años. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2011;85(5):437–48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22212831>
  125. Abril Martorell F. Informe Abril Martorell [Internet]. Congreso de los Diputados. 1991 [cited 2015 Aug 23]. Available from: <https://app.box.com/shared/cxjql4jakj>
  126. España. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. BOE España; 1995 p. 4538–43. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/02/10/pdfs/A04538-04543.pdf>[\nhttps://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-3554](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-3554)
  127. España. Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS [Internet]. BOE; 1997 p. 13449–50. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/1997/04/26/pdfs/A13449-13450.pdf>
  128. España. LEY 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. [Internet]. 2002 p. 40126–32. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/1997/04/26/pdfs/A13450-13452.pdf>
  129. Pacto político. Pacto de Toledo [Internet]. Madrid; 1995. Available from: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L5/CONG/BOCG/E/E\\_134.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L5/CONG/BOCG/E/E_134.PDF)
  130. España. Real Decreto 840/2002 por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Boletín Oficial del Estado España; 2002 p. 28856–64. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/08/03/pdfs/A28856-28864.pdf>
  131. Alfaro Latorre M. Cartera de Servicios de Atención Primaria: Desarrollo, organización, usos y contenido. [Internet]. Madrid; 2010. Available from: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera\\_de\\_Servicios\\_de\\_Atencion Primaria\\_2010.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf)
  132. Alfaro Latorre M. El desarrollo de la Atención Primaria en el INSALUD: un análisis del cambio organizativo. *Medifam* [Internet]. Arán Ediciones, S. L.; 2002 [cited 2015 Sep 14];12(8):11–29. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002000800001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000800001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  133. Casado Vicente V. La cartera de servicios: diez años después. *Medifam* [Internet]. Arán Ediciones, S. L.; 2001 [cited 2015 Oct 4];11(10):10–9. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001001000002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001001000002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  134. Fernández Díez A, Santos Ichaso Rubio M. La Atención Primaria en España. Análisis histórico y retos de futuro. *Rev Adm Sanit Siglo XXI* [Internet]. Elsevier; 2005 Jan 1 [cited 2015 Oct 4];3(1):9–12. Available from:

- <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-atencion-primaria-espana-analisis-13073384>
135. Urbanos Garrido R. El gasto sanitario y su financiación: evolución, tendencias y reflexiones para el futuro. *Rev Astur Econ* [Internet]. 2006;35:45–65. Available from: <http://www.revistaasturianadeeconomia.org/edic35.php>
  136. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Memoria del INSALUD 2001 [Internet]. Madrid; 2001. Available from: [http://www.ingesa.mssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/INSALUD\\_Memoria\\_2001.pdf](http://www.ingesa.mssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/INSALUD_Memoria_2001.pdf)
  137. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el sns. Madrid; 2014.
  138. España. Real Decreto 264/1989, de 10 de febrero, por el que se desarrolla el curso de perfeccionamiento para la obtención del título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. [Internet]. BOE; 1989 p. 7481–3. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/1989/03/17/pdfs/A07481-07483.pdf>
  139. España. Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. BOE; 1998 p. 29232–5. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/1998/08/27/pdfs/A29232-29235.pdf>
  140. Secretaría de Estado de Educación y Universidades. Resolución de 17 de diciembre 1998 de la Secretaría de Estado de Educación y Universidades, por la que se establecen las características comunes de las pruebas a que se refiere el artículo 3 del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio. [Internet]. España; 1998. Available from: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/res171201-mec.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/res171201-mec.html)
  141. Gómez Gascón T. Unificación de convocatorias MIR. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 1999 Nov 30 [cited 2015 Aug 25];24(9):505–6. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-unificacion-convocatorias-mir-13407>
  142. Romeo Ladrero JM. El nº de inscritos al MIR 2014\_2015 [Internet]. Blog MIRentrelazados. 2014 [cited 2015 Aug 16]. Available from: <http://gangasmir.blogspot.com.es/2014/11/el-n-de-inscritos-al-mir-20142015.html>
  143. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet]. BOE 2014 p. 1–29. Available from: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
  144. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Madrid; 2005. Available from: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>

145. España. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada [Internet]. BOE 2008 p. 10020–35. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf>
146. España. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica [Internet]. BOE 2014 p. 63130–67. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/08/06/pdfs/BOE-A-2014-8497.pdf>
147. Martínez Bernabé E. Evolución de la Atención Primaria en la Región de Murcia en los últimos 30 años [Internet]. Universidad de Murcia; 2014. Available from: <http://nadir.uc3m.es/alejandro/phd/thesisFinal.pdf>
148. León Alfonso S. EL gobierno de la Sanidad. Descentralización sanitaria y estructura organizativa [Internet]. 2003. Available from: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe\\_Anual\\_Anexo\\_I.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_Anual_Anexo_I.pdf)
149. España. Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA). [Internet]. BOE; 2001 p. 50377–83. Available from: <http://boe.es/boe/dias/2001/12/31/pdfs/A50377-50383.pdf>
150. España. Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. [Internet]. BOE; 2001 p. 50383–419. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/12/31/pdfs/A50383-50419.pdf>
151. España. Ley 22/2001, de 27 de diciembre, reguladora de los Fondos de Compensación Interterritorial. [Internet]. BOE; 2011 p. 1–92. Available from: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A-2001-24963-consolidado.pdf>
152. Cantarero Prieto D. Sanidad , financiación autonómica y transferencias. Investigaciones Regionales [Internet]. 2002;59–81. Available from: [http://www.aecr.org/images/ImatgesArticles/2010/2/03\\_Cantarero.pdf](http://www.aecr.org/images/ImatgesArticles/2010/2/03_Cantarero.pdf)
153. Aizpeolea LR. El Gobierno añade 300.000 millones más para traspasar la sanidad. El País [Internet]. Madrid; 2001 Dec 27; Available from: [http://elpais.com/diario/2001/12/27/espana/1009407601\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2001/12/27/espana/1009407601_850215.html)
154. García Arnesto S, Abadía B, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal E. España: Análisis del sistema sanitario. Sist Sanit en Transic [Internet]. 2010;12(4):1–269. Available from: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHiT\\_SP.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHiT_SP.pdf)

155. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria [Internet]. 2002 [cited 2014 Jul 19]. Available from: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/organizacion/quienes/home.htm>
156. Murcia R de. Ley de Salud de la Región de Murcia [Internet]. BORM; 1994 p. 7115–25. Available from: <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=493754>
157. Murcia R de. Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia [Internet]. BOE; 1990. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/1990/05/26/pdfs/A14527-14532.pdf>
158. España. Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. [Internet]. BOE; 2001 p. 50269–73. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2001/12/29/pdfs/A50269-50273.pdf>
159. Murcia R de. Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia. [Internet]. BORM; 2009 p. 22639–74. Available from: <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=373235>
160. España. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones [Internet]. BOE 2012 p. 31278. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
161. España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. BOE; 2003 p. 1–41. Available from: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
162. España. Ley 12/2014, de 16 de diciembre, de Transparencia y Participación Ciudadana de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. [Internet]. BOE; 2015. Available from: <http://www.extfiles.murciasalud.es/recursos/ficheros/316216-184.pdf>
163. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Portal de Transparencia de la CARM [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 26]. Available from: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=2517&IDTIPO=140&RASTRO=c\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=2517&IDTIPO=140&RASTRO=c$m)
164. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes para el Análisis del Gasto Sanitario 2007 [Internet]. Madrid; 2007. Available from: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupodeTrabajoSanitario2007.pdf>
165. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España : 2007-2012 [Internet]. Madrid; 2012. Available from:



- [http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf)
166. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto AP21 [Internet]. [cited 2014 Aug 9]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/home.htm>
  167. S.G. de Información Sanitaria e Innovación. Estrategias en Atención Primaria para el siglo XXI. [Internet]. 2012. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/home.htm>
  168. Consejería de Sanidad. Plan para la Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007- 2010 [Internet]. Murcia; 2007. Available from: [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153135-atencion\\_primaria.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153135-atencion_primaria.pdf)
  169. Consejería de Sanidad. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Educación para la salud en la escuela [Internet]. Murciasalud. [cited 2014 Aug 13]. Available from: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=97467&idsec=2476>
  170. Castro I, Pérez F, Gutiérrez J. Programa para la prevención del Cáncer de Mama. Resultados del bienio 2011-2012 [Internet]. Murcia; 2013. Available from: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/287828-DOC.pdf>
  171. Consejería de Sanidad. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Programa de prevención de cáncer de colon y recto [Internet]. Murciasalud. [cited 2014 Jul 2]. Available from: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=123691>
  172. Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación. El Proyecto “Happy-Audit” logra disminuir la prescripción innecesaria de antibióticos para el tratamiento de la infección respiratoria aguda [Internet]. [cited 2014 Jul 6]. p. 1–13. Available from: <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=284577&idsec=66>
  173. Servicio Murciano de Salud. Cuidados Paliativos. Cuidar y Paliar [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 5]. Available from: <http://www.cuidarypaliar.es/>
  174. Consejería de Sanidad y Política Social. La nueva Red de Cuidados Paliativos atenderá en su domicilio a los enfermos terminales de la Región [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar 17]. Available from: <https://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=99423&idsec=66>
  175. Servicio Murciano de Salud. Programa Integral de Atención a la Mujer [Internet]. Murcia; 2012. Available from: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/266164-PIAM\\_2012.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/266164-PIAM_2012.pdf)
  176. Ministerio de Sanidad - Servicios Sociales e igualdad. Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012;80.

177. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial. X Congreso Regional de Calidad Asistencial Libro de Ponencias y Comunicaciones [Internet]. Murcia; 2015. Available from: <http://xcongreso.somuca.es/ServletDocument?document=589>
178. Servicio Murciano de Salud. Receta Electrónica en la Región de Murcia. Fase de implantación en Murcia. Más fácil y cómodo para todos. [Folleto] [Internet]. Murcia; 2015. Available from: [http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar\\_publicacion&id=2284&idsec=88](http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2284&idsec=88)
179. Consejería de Sanidad y Política Social. Implantación de la receta electrónica [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 5]. Available from: <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=305838&idsec=66>
180. Consejería de Sanidad. Organización del sistema sanitario [Internet]. [cited 2014 Jul 21]. Available from: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/2342-psalud004.pdf>
181. López-Picazo Ferrer JJ, Cánovas García J de D, Tomás García N, Villaescusa Pedemonte M. Proceso Atención Primaria en el Área de Salud I [Internet]. Unidad de Calidad Asistencial Área I –Murcia Oeste Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Arrixaca.” Murcia; 2013 [cited 2015 Sep 2]. p. 1–5. Available from: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/260537-Proceso\\_Atencion Primaria.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/260537-Proceso_Atencion Primaria.pdf)
182. Ruiz-Giménez Aguilar JL. Participación Comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. Comunidad [Internet]. 2005;8:62–72. Available from: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/8/documentos13-2.pdf>
183. Aíbar Remón C, Aranaz Andrés JM. La seguridad del paciente: una dimensión especial de la calidad [Internet]. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. [cited 2015 May 23]. Available from: <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-CD1/pdfs/UNIDAD2.pdf>
184. Alonso López F. La Accesibilidad en España. Diagnóstico y Bases para un Plan Integral de Supresión de Barreras. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, editor. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2002. 341 p.
185. Prat E, Sánchez J, Pesquer L, Olivet M, Aloy J, Pons X, et al. Estudio sobre la accesibilidad de los centros sanitarios públicos de Cataluña. 2008;(September 2015):35. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4062919>
186. España. Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. BOE; 2003 p. 21830–40. Available from: <http://www.extfiles.murciasalud.es/recursos/ficheros/100630-11266.pdf>

187. Murcia R de. Decreto 25/2006 por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera [Internet]. España: BORM; 2006 p. 10967–70. Available from: <http://www.extfiles.murciasalud.es/recursos/ficheros/82823-Borm2006-N82-P10967.pdf>
188. Servicio Murciano de Salud. Listas de espera del SMS [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 5]. Available from: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=100415&idsec=2336>
189. Gérvas J, Pérez Fernández M. Sobrediagnóstico, un problema clínico, ético y social. FMC Form Médica Contin en Atención Primaria [Internet]. Elsevier; 2014 Mar 1 [cited 2015 Oct 5];21(03):137–42. Available from: <http://www.fmc.es/es/sobrediagnostico-un-problema-clinico-etico/articulo/90281506/>
190. Laín Entralgo P. El diagnóstico médico. Historia y teoría, [Internet]. Barcelona: Ed. Salvat; 1982. 425 p. Available from: <http://www.cervantesvirtual.com/buscador/?q=EL+diagnóstico+médico.+Historia+y+teoría>
191. Carey MP, Flasher L V., Maisto S a., Turkat ID. The a priori approach to psychological assessment. Prof Psychol Res Pract [Internet]. 1984;15(4):515–27. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0735-7028.15.4.515>
192. Durán MÁ. Las demandas sanitarias de las familias. Gac Sanit [Internet]. 2004;18(Supl.1):195–200. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv18s1/05demandas.pdf>
193. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press; 1980. 427 p.
194. Repullo-Labrador JR, Segura A. Salud Pública y Sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2006;80(5):475–82. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000500006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000500006&script=sci_arttext)
195. Martínez López J, Sánchez Pinilla M. Atención Comunitaria desde la consulta del médico de familia. El Médico. Formación Acreditada on line. 2008. p. 19–34.
196. Turabián JL, Franco BP. Actividades Comunitarias En Medicina De Familia Y Atención Primaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A; 2001. 745 p.
197. Ander-Egg E. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad [Internet]. 2011 [cited 2012 Jun 25]. p. 268. Available from: <http://books.google.com.co/books?id=E0VLAAAAMAAJ>
198. Perea Cárdenas V. Entrevista a Marco Marchioni. Comunidad/PACAP. 2010;12:33–5.

199. Gallo Vallejo F et al. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria* [Internet]. 1999;23(4). Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-perfil-profesional-del-medico-familia-14766>
200. Sobrequés Soriano J, Piñol Moreso J. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 2001 Nov 15 [cited 2015 Jun 5];28(08):535–42. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-historia-clinica-atencion-primaria-calidad-13023839>
201. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. BOE 2002 p. 40126–32. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
202. Pedrera Carbonella V, Orozco Beltrána D, Gil Guilléna V, Prieto Eradesa I, Moya García MI, Sanchís Escudero C. Características de la demanda sanitaria médica en atención primaria de un área de salud de la Comunidad Valenciana (estudio SyN-PC). *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 2004 Jan 1 [cited 2015 Jul 5];33(01):31–7. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-caracteristicas-demanda-sanitaria-medica-atencion-13056492>
203. Pedrera-Carbonell V, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz-Chavarrí G, Moya-García MI. Validez de la historia clínica y sistemas de información en los estudios de actividad asistencial en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 2005 Dec 15 [cited 2015 Oct 5];36(10):550–7. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-historia-clinica-sistemas-informacion-13082488>
204. Borrell y Carrió F, Cebriá i Andreu J. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. In: Martín Zurro A, Cano Pérez J, editors. *Atención primaria Conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª Ed. Madrid: Elsevier España SA; 2003. p. 110–24.
205. Borrell y Carrió F. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. 2004. 374 p.
206. Commission on Professional and Hospital Activities. *Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE 9 MC*. 8ª ed. Madrid; 2012.
207. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Normativa oficial para la codificación con CIE10MC [Internet]. Madrid; 2015. Available from: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE10ES\\_2015\\_DIAGNOSTICOS\\_NORMATIVA.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE10ES_2015_DIAGNOSTICOS_NORMATIVA.pdf)
208. Lamberts H, Wood M. The birth of the International Classification of Primary Care (ICPC). *Serendipity at the border of Lac Léman. Fam Pract*. 2002;19(5):433–5.

209. Stacks. OMIAP. Software para atención primaria [Internet]. Página oficial Stacks. [cited 2015 Aug 25]. Available from: <http://www.stacks.es/software-atencion-primaria>
210. Consejería de Sanidad y Política Social. La nueva Historia Clínica Electrónica conecta todos los servicios sanitarios de la Región [Internet]. Murciasalud. Murcia; 2013 [cited 2015 May 24]. Available from: <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=260426&idsec=66>
211. Swinglehurst D, Greenhalgh T, Roberts C. Computer templates in chronic disease management: ethnographic case study in general practice. *BMJ Open* [Internet]. 2012;2(6):1–16. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3533031&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
212. Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso apropiado de la medicina basada en pruebas: revisión de diez artículos recientes. *AMF* [Internet]. 2005;1(1):46–56. Available from: <http://equipocesca.org/?s=medicina+basada+en+la+evidencia&submit=>
213. International Commission on Radiological. Radiological Protection in Medicine. *Ann ICRP*. 2007;37(6):1–54.
214. Doménech Ratto G. Anatomía y biomecánica de la articulación de la rodilla. *Jano*. Tema Monog.
215. Rouviere H, Delmas A. Anatomía Humana: Descriptiva, Topográfica y Funcional. 11ª ed. Barcelona; 2005.
216. Nelson AE, Allen KD, Golightly YM, Goode AP, Jordan JM. A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: The chronic osteoarthritis management initiative of the U.S. bone and joint initiative. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. Elsevier; 2014 Jun 6 [cited 2015 Mar 3];43(6):701–12. Available from: <http://www.semarthritisrheumatism.com/article/S0049017213002588/fulltext>
217. Jackson JL, Malley PGO, Kroenke K. Evaluation of Acute Knee Pain in Primary Care. *Ann Intern Med*. 2003;139(7):575–91.
218. Nuñez M, Nuñez E, Sastre S, Del Val JL, Segur JM, Macule F. Prevalence of knee osteoarthritis and analysis of pain, rigidity, and functional incapacity. *Orthopedics*. 2008;31(8):753.
219. Farr Ii J, Miller LE, Block JE. Quality of life in patients with knee osteoarthritis: a commentary on nonsurgical and surgical treatments. *Open Orthop J* [Internet]. 2013;7:619–23. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3841966&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
220. Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain*. 1998;76(3):395–406.

221. Torres L, Dunlop DD, Peterfy C, Guermazi A, Prasad P, Hayes KW, et al. The relationship between specific tissue lesions and pain severity in persons with knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* [Internet]. 2006 Oct [cited 2014 May 28];14(10):1033–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16713310>
222. MacKay C, Jaglal SB, Sale J, Badley EM, Davis a. M. A qualitative study of the consequences of knee symptoms: “It’s like you’re an athlete and you go to a couch potato”. *BMJ Open* [Internet]. 2014;4(10):e006006–e006006. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2014-006006>
223. Golightly Y, Allen K, Stechuchak K, Coffman C, Keefe F. Associations of Coping Strategies with Diary Based Pain Variables Among Caucasian and African American Patients with Osteoarthritis. *Int J Behav Med* [Internet]. 2015;22(1):101. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24590828>
224. Keefe FJ, Caldwell DS, Queen KT, Gil KM, Martinez S, Crisson JE, et al. Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1987;55(2):208–12. Available from: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/55/2/208/>
225. Kim KW, Han JW, Cho HJ, Chang CB, Park JH, Lee JJ, et al. Association between comorbid depression and osteoarthritis symptom severity in patients with knee osteoarthritis. *J Bone Joint Surg Am* [Internet]. The Journal of Bone and Joint Surgery, Inc.; 2011 Mar 16 [cited 2015 Aug 5];93(6):556–63. Available from: <http://jbjs.org/content/93/6/556.abstract>
226. Phyomaung PP, Dubowitz J, Cicuttini FM, Fernando S, Wluka AE, Raaijmakers P, et al. Are depression, anxiety and poor mental health risk factors for knee pain? A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. *BMC Musculoskeletal Disorders*; 2014;15(1):10. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3907141&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
227. States U. Prevalence and Most Common Causes of Disability Among Adults — United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2009;58(16):431–3. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5816.pdf>
228. Nishiwaki Y, Michikawa T, Yamada M, Eto N, Takebayashi T. Knee pain and future self-reliance in older adults: evidence from a community-based 3-year cohort study in Japan. *J Epidemiol*. 2011;21(3):184–90.
229. Ezzat AM, Li LC. Occupational physical loading tasks and knee osteoarthritis: A review of the evidence. *Physiother Canada*. 2014;66(1):91–107.
230. Agaliotis M, Mackey MG, Jan S, Fransen M. Burden of reduced work productivity among people with chronic knee pain: a systematic review. *Occup Environ Med* [Internet]. 2014;71(9):651–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Burden+of+reduced+work+product>

- ivity+among+people+with+chronic+knee+pain:+a+systematic+review.+Occup+ Environ+Med
231. Jinks C, Jordan K, Croft P. Osteoarthritis as a public health problem: The impact of developing knee pain on physical function in adults living in the community: (KNEST 3). *Rheumatology*. 2007;46(5):877–81.
  232. Laffon A, Blanco FJ, Carmona L. Prevalence , risk factors , and impact of knee pain suggesting osteoarthritis in Spain. *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 2008;26:324–32. Available from: <http://www.clinexprheumatol.org/article.asp?a=3322>
  233. Quintana JM, Escobar A, Arostegui I, Bilbao A, Armendariz P, Lafuente I, et al. Prevalence of symptoms of knee or hip joints in older adults from the general population. *Aging Clin Exp Res*. 2008;20(4):329–36.
  234. Thiem U, Lamsfuß R, Günther S, Schumacher J, Bäker C, Endres HG, et al. Prevalence of Self-Reported Pain, Joint Complaints and Knee or Hip Complaints in Adults Aged ??? 40 Years: A Cross-Sectional Survey in Herne, Germany. *PLoS One* [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 May 20];8(4):1–10. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3640012&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  235. Cheng Y, Hootman J, Murphy L. Morbidity and Mortality Weekly Report. Prevalence of doctor-diagnosed arthritis and arthritis-attributable activity limitation: United States, 2007-2009. 2010;59(39):2007–9. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Morbidity+and+Mortality+Weekly+Report+Prevalence+of+Doctor-Diagnosed+Arthritis+and+Arthritis-Attributable+Activity+Limitation+?+United+States+,+2007+?+2009#0>
  236. Ilizástiguir-Dupuy F, Rodríguez-Rivera L. El método clínico. *Medisur* [revista en Internet] [Internet]. 2010;8(5):2–11. Available from: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1311>
  237. Singh J, Luo R, Landon G, Suarez-Almazor M. Reliability and Clinically Important Improvement Thresholds for Osteoarthritis Pain and Function scales: A Multicenter study. *J Rheumatol* [Internet]. 2014;41(3):509–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943561/pdf/nihms530555.pdf>
  238. Holgado S, Gavín C, Martínez J. Sección 6ª: Rodilla. In: Rodríguez Alonso J, Valverde Román L, editors. *Manual de Traumatología en Atención Primaria*. 1ª Ed. Madrid: Clínica PUERTA DE HIERRO Hospital Universitario; 1996. p. 368.
  239. Davis J, Moder K, Hunder G. History and Physical Examination of the Musculoskeletal System. In: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, editors. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 9ªth Ed. Philadelphia: Elsevier Inc.; 2013. p. 2064.
  240. De Toro J, Coruña CA. Exploración básica de la rodilla [Internet]. España: You Tube; 2013. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=d2wv837sDUU>

241. Ferrer Royo M. Rodilla en Atención Primaria [Internet]. Blog Docencia Rafalafena. 2010 [cited 2015 Aug 5]. Available from: <http://es.slideshare.net/FASDOC/rodilla-enatencionprimaria>
242. Gracia San Román FJ, Calcerrada Díaz Santos N. GUÍA DEL MANEJO DEL PACIENTE CON ARTROSIS DE RODILLA EN ATENCIÓN PRIMARIA [Internet]. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo. 2006 [cited 2015 Aug 5]. Available from: [http://portal.guiasalud.es/web/guest/busquedas?p\\_p\\_id=EXT\\_3&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_EXT\\_3\\_struts\\_action=/ext/contenidos/vista\\_Previa&\\_EXT\\_3\\_contenidoId=13757&\\_EXT\\_3\\_version=1.4&\\_EXT\\_3\\_languageId=es\\_ES](http://portal.guiasalud.es/web/guest/busquedas?p_p_id=EXT_3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_EXT_3_struts_action=/ext/contenidos/vista_Previa&_EXT_3_contenidoId=13757&_EXT_3_version=1.4&_EXT_3_languageId=es_ES)
243. Morgado I, Moguel M. Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:289–302.
244. Ruíz F, Hidalgo IM. Mi paciente consulta por... gonalgia. In: Casado V, Cordon F, García G, editors. *Manual de exploración física Basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia*. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2012. p. 347–52.
245. Bedson J, Croft PR. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2008 Jan [cited 2014 May 9];9:116. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2542996&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
246. Finan PH, Buenaver LF, Bounds SC, Hussain S, Park RJ, Haque UJ, et al. Discordance between pain and radiographic severity in knee osteoarthritis: Findings from quantitative sensory testing of central sensitization. *Arthritis Rheum*. 2013;65(2):363–72.
247. Noguera Colossia A, Ochoa Cázares MF, Becerra León E. Correlación clínica-radiológica y artroscópica en lesiones internas de rodilla. *Rev Mex Ortop Traum* [Internet]. 1996;10(3):128–30. Available from: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=24173&id\\_seccion=379&id\\_ejemplar=2482&id\\_revista=32](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=24173&id_seccion=379&id_ejemplar=2482&id_revista=32)
248. Muraki S, Akune T, Nagata K, Ishimoto Y, Yoshida M, Tokimura F, et al. Does osteophytosis at the knee predict health-related quality of life decline? A 3-year follow-up of the ROAD study. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2015;34(9):1589–97. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10067-014-2687-y>
249. Karel YHJM, Verkerk K, Endenburg S, Metselaar S, Verhagen AP. Effect of routine diagnostic imaging for patients with musculoskeletal disorders: A meta-analysis. *Eur J Intern Med* [Internet]. Elsevier; 2015 Jul [cited 2015 Jul 18]; Available from: <http://www.ejinme.com/article/S0953620515002253/fulltext>
250. Heidari B. Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part I. *Casp J Intern Med* [Internet]. 2011;2(2):205–12. Available from:



- <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3766936&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
251. Wollheim F. A pain in the knee-is it osteoarthritis? *Clin Exp Rheumatol* [Internet]. 2008 [cited 2014 Jun 1];(7):227–9. Available from: <http://www.clinexprheumatol.org/article.asp?a=3307>
  252. Spector TD, Hart DJ, Byrne J, Harris PA, Dacre JE, Doyle D V. Definition of osteoarthritis of the knee for epidemiological studies. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 1993 Nov 1 [cited 2014 Jun 1];52(11):790–4. Available from: <http://ard.bmj.com/cgi/content/long/52/11/790>
  253. Cicuttini F, Baker J, Hart D, Spector T. Association of pain with radiological changes in different compartments and views of the knee joint. *Osteoarthr Cartil* [Internet]. 1996 Jun [cited 2014 Jun 1];4(2):143–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1063458405803231>
  254. Rotaeché del Campo. R. Indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por la imagen (parte II): abdomen y sistema musculoesquelético. *Form Médica Contin en Atención Primaria*. 2012;19:33–5.
  255. Facua. Consumidores en acción. Estudio comparativo de las tarifas de los taxis urbanos en 45 ciudades [Internet]. 2014. Available from: <http://www.facua.org/es/tablas/tarifastaxis2014.pdf>
  256. Ayuntamiento de Murcia. Autobuses Urbanos Ayuntamiento de Murcia [Internet]. 2015. Available from: <http://www.tmurcia.com/lineas.aspx>
  257. Consejería de Sanidad y Política Social. Listas de espera. Nuestro compromiso: agilizar la atención al ciudadano [Internet]. *Murciasalud*. Murcia; 2015 [cited 2015 Sep 6]. Available from: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=100415&idsec=2336>
  258. Yahoo Finanzas España. Las 10 ciudades de España donde es más caro viajar en taxi [Internet]. 2014 [cited 2015 Jun 27]. Available from: <https://es.finance.yahoo.com/fotos/las-10-ciudades-de-espana-donde-es-mas-caro-viajar-en-taxi-1418389467-slideshow/>
  259. Compañía. Radio-Taxi Murcia [Internet]. *Radiotaximurcia.com*. 2011 [cited 2015 Jul 12]. Available from: <http://www.radiotaximurcia.com/es/tarifas-y-formas-de-pago/>
  260. Servicio Murciano de Salud. Cita Previa [Internet]. *Murciasalud*. 2015 [cited 2015 Jun 16]. Available from: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=110928&idsec=46&expand=1>
  261. Pública A para la D de la S. Información de la Plataforma 10 minutos de Murcia [Internet]. *Blog de la ADSP*. 2010 [cited 2013 Jun 15]. Available from: <http://adspmurcia.blogspot.com.es/2010/02/informacion-de-la-plataforma-10-minutos.html>

262. Irigoyen J. La consulta en el confín de la vida [Internet]. Transitos intrusos. Blog del Juan Irigoyen. 2014 [cited 2015 Jul 24]. Available from: <http://www.juanirigoyen.es/2014/01/la-consulta-en-el-confín-de-la-vida.html>
263. Berenguer J, Esteve M, Verdaguer A. La disminución de la variabilidad en la práctica asistencial: del marco teórico conceptual a la implementación y evaluación , una necesidad. Rev Calid Asist [Internet]. 2004;19(4):213–5. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13063271&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=256&ty=68&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v19n04a13063271pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13063271&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=68&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v19n04a13063271pdf001.pdf)
264. Stacks Consulting. OMI-AP - Módulo Historia Clínica [Internet]. 2006. Available from: [http://www.ics-aragon.com/cursos/registro-omi/manual\\_omi\\_stacks.pdf](http://www.ics-aragon.com/cursos/registro-omi/manual_omi_stacks.pdf)
265. Soler JK, Okkes I. Reasons for encounter and symptom diagnoses: a superior description of patients' problems in contrast to medically unexplained symptoms (MUS). Fam Pract [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2015 Sep 30];29(3):272–82. Available from: <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/long/29/3/272>
266. Schaefer R, Laux G, Kaufmann C, Schellberg D, Bölter R, Szecsenyi J, et al. Diagnosing somatisation disorder (P75) in routine general practice using the International Classification of Primary Care. J Psychosom Res [Internet]. Elsevier; 2010 Sep 9 [cited 2015 Sep 30];69(3):267–77. Available from: <http://www.jpsychores.com/article/S0022399910002187/fulltext>
267. SemFYC. Clasificaciones Internacionales [Internet]. Guía Terapéutica en Atención Primaria. 2012 [cited 2015 Jun 21]. Available from: [http://www.guiaterapeutica.net/5edicion/pre\\_preliminares\\_clasificaciones\\_CIE\\_ATC.php](http://www.guiaterapeutica.net/5edicion/pre_preliminares_clasificaciones_CIE_ATC.php)
268. Swartz MH. Tratado de Semiología. 6ª ed. ELSEVIER, editor. Barcelona; 2010.
269. Malanga GA, Nadler SF. Musculoskeletal Physical Examination: An Evidence Based Approach. 1º ed. Mosby-Elsevier, editor. Philadelphia: Hanley & Belfus; 2006. 368 p.
270. Katz JN. Knee Ligaments and Menisci. In: American Medical Association, editor. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. United States of America: McGraw-Hill Education, LLC; 2008.
271. Solomon D, Simel D, Bates D, Katz J, Schaffer J. Does This Patient Have a Torn Meniscus or Ligament of the Knee? Value of the Physical Examination. JAMA. 2001;286(13):1610–20.
272. González N, Quintana JM, Lacalle JR, Chic S, Maroto D. Evaluación del uso apropiado de procedimientos sanitarios mediante el método RAND: revisión de su aplicación en la literatura biomédica (1999–2004). Gac Sanit [Internet]. Elsevier; 2009 May 1 [cited 2015 Oct 1];23(3):232–7. Available from:

- <http://www.gacetasanitaria.org/es/evaluacion-del-uso-apropiado-procedimientos/articulo/S0213911108000319/>
273. Pérez-fernández M, Gervas J. El efecto cascada : implicaciones clínicas , epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2002;118(2):65–7. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-el-efecto-cascada-implicaciones-clinicas-13025252>
274. OMS. Evaluación de tecnologías sanitarias aplicada a los dispositivos médicos. Serie de documentos técnicos de la OMS sobre dispositivos médicos. Ginebra; 2012.
275. Casas-Zamora JA, Gwatkin DR. Las muchas dimensiones de la equidad en la salud. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2002 Jun [cited 2015 Sep 30];11(5-6):00–00. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500001&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
276. Alonso Roca R, Galán Sánchez B, García Burriel L, Fajardo Alcántara A, Martín-Carrillo Domínguez P, Medina Bombardo D, et al. El medio rural: una visión mirando al futuro (y II). *Atención Primaria* [Internet]. 2006;26(2):101–7. Available from: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/el-medio-rural-una-vision-mirando-al-11305-documentos-semfyc-2000>
277. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario: resumen gráfico. 2013 [Internet]. Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud. 2013. p. 9–15. Available from: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2013/BS\\_2013Presentacion.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2013/BS_2013Presentacion.pdf)
278. Wennberg JE, Gittelsohn. Small area variations in health care delivery. *Science* (80- ) [Internet]. 1973;182(4117):1102–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4750608>
279. Peiró S, Bernal-Delgado E. Variaciones en la prácticamédica: Apoyando la hipótesis nula en tiempos revueltos. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2012;86(3):213–7. Available from: [http://www.scielo.org/pdf/resp/v86n3/01\\_editorial.pdf](http://www.scielo.org/pdf/resp/v86n3/01_editorial.pdf)
280. Bernal Delgado E. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. *Vpm*. 2013 [cited 2015 Sep 29]. p. 383–418. Available from: <http://www.atlasvpm.org/que-hacemos>
281. Agencia EFE. Alonso anuncia que devolverá la atención primaria a los sin papeles. *El País* [Internet]. Madrid; 2015 Mar 31; Available from: [http://politica.elpais.com/politica/2015/03/31/actualidad/1427788718\\_943883.html](http://politica.elpais.com/politica/2015/03/31/actualidad/1427788718_943883.html)
282. Douglas C, Windsor C, Wollin J. Understanding Chronic Pain Complicating Disability. *J Neurosci Nurs* [Internet]. 2008;40(3):158–68. Available from: <http://search.proquest.com/docview/219184837?accountid=50037>

283. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository Liberia [Internet]. 2013. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-LBR?lang=en>
284. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013 [Internet]. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Madrid; 2014. Available from: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf)
285. OMS. Principios Para Una Atención Integrada. Informe sobre la salud en el mundo [Internet]. Ginebra; 2003. Available from: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf?ua=1>
286. España. Constitución Española [Internet]. BOE; 1978 p. 1–37. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
287. Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social [Internet]. Madrid; 2006. Available from: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51587.pdf>
288. Simó Miñana J. Universalización de nuestra sanidad pública y origen del déficit de financiación de nuestra atención primaria . Universalization of our public health and origin of the deficit financing of our primary care . Rev Med Fam y Atención Primaria [Internet]. 2011;15(2):9. Available from: [http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201112/1502ai\\_universalizacion\\_sanidad\\_publica\\_1.pdf](http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201112/1502ai_universalizacion_sanidad_publica_1.pdf)
289. Martínez López J, Teruel Lozano GM. La atención al inmigrante, un derecho de todos. Comunidad [Internet]. Barcelona; 2014 Nov; Available from: <http://comunidadsemfyc.es/la-atencion-al-inmigrante-un-derecho-de-todos/>
290. López-Fernández LA, Martínez Millán JI, Fernández Ajuria A, March Cerdà JC, Suess A, Danet Danet A, et al. Is the universal coverage of our national health system in danger? Gac Sanit [Internet]. Elsevier; 2012 Jan 1 [cited 2015 Aug 26];26(4):298–300. Available from: <http://www.gacetasanitaria.org/es/esta-peligro-cobertura-universal-nuestro/articulo/S0213911112002117/>
291. España. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social [Internet]. BOE; 2000 p. 1139–50. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/12/pdfs/A01139-01150.pdf>
292. Centro de Investigaciones Sociológicas. Actitudes hacia la inmigración (VI) [Internet]. 2012. Available from: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2960\\_2979/2967/es2967mar.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2960_2979/2967/es2967mar.pdf)
293. Blanco Moreno Á, Thuissard Vasallo IJ. Gasto sanitario e inmigración : una mirada en clave de integración. Presup y Gasto Público [Internet]. 2010;61:93–132. Available from: [http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu\\_gasto\\_publico/61\\_08.pdf](http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/61_08.pdf)

294. Moreno Fuentes FJ, Bruquetas Callejo M. Inmigración y Estado de bienestar en España. Barcelona; 2011.
295. Hernando Arizaleta L, Palomar Rodríguez J, Márquez Cid M, Monteagudo Piqueras O. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. *Gac Sanit* [Internet]. 2009;23(3):208–15. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v23n3/original6.pdf>
296. Carmona R, Alcázar-Alcázar R, Sarría-Santamera A, Regidor E. Frecuentación de las consultas de Medicina General y Especializada por población inmigrante y autóctona: Una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:135–55.
297. Europa Press. Murcia.- Se mantendrá la asistencia sanitariaa inmigrantes irregulares menores, embarazadas y enfermos crónicos. *infosalus.com* [Internet]. Murcia; 2012 Aug 24; Available from: <http://www.infosalus.com/asistencia/noticia-murcia-mantendra-asistencia-sanitariaa-inmigrantes-irregulares-menores-embarazadas-enfermos-cronicos-20120824142852.html>
298. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation [Internet]. *fra.europa.eu*. Viena; 2015. p. 8. Available from: [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2015-cost-healthcare-summary\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare-summary_en.pdf)
299. Carrasco Carpio C, García Serrano C. Inmigración y mercado de trabajo. Informe 2011 [Internet]. Madrid; 2011. Available from: [http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/OPI\\_28\\_Inmigracion\\_y\\_Mercado\\_de\\_trabajo-Informe2011.pdf](http://extranjeros.empleo.gob.es/es/ObservatorioPermanenteInmigracion/Publicaciones/fichas/archivos/OPI_28_Inmigracion_y_Mercado_de_trabajo-Informe2011.pdf)
300. Médicos del Mundo. Semfyc. Las Comunidades Autónomas ante la exclusión de las personas migrantes sin permiso de residencia de la atención sanitaria [Internet]. *Derecho a curar.org*. 2012 [cited 2014 Sep 11]. Available from: <http://www.derechoacurar.implicate.org/las-comunidades-autonomas-ante-la-exclusion-de-las-personas-migrantes-sin-permiso-de-residencia-de-la-atencion-sanitaria/>
301. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Fac Psicol - Uba / Secr Investig / Anu Investig* [Internet]. 2006;XIV:201–9. Available from: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/comes\\_\\_accesibilidad.Accesibilidad..v14a19.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/comes__accesibilidad.Accesibilidad..v14a19.pdf)
302. González L. Así es una factura sanitaria a inmigrantes. *El Huffington Post* [Internet]. 2013 Jul 4; Available from: [http://www.huffingtonpost.es/2013/07/04/sanidad-inmigrantes-facturas\\_n\\_3546844.html?](http://www.huffingtonpost.es/2013/07/04/sanidad-inmigrantes-facturas_n_3546844.html?)

303. De Benito E. El seguro público para inmigrantes “sin papeles” costará 60 o 157 euros al mes. El País [Internet]. Madrid; 2013 Jul 29; Available from: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/07/29/actualidad/1375093418\\_242224.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/07/29/actualidad/1375093418_242224.html)
304. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. Naciones Unidas. 2012. p. 1. Available from: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
305. Resolución Asamblea General de la ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. 1966. p. 1–7. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
306. Redacción. Europa advierte a España de que incumple la ley al excluir a los inmigrantes de la Sanidad. El Mundo [Internet]. Madrid; 2014 Jan 29; Available from: <http://www.elmundo.es/salud/2014/01/29/52e90265ca4741bf208b4577.html>
307. López-Vélez R, Navarro Beltrá M, Jiménez Navarro C. Estudio de Inmigración y Salud Pública : Enfermedades Infecciosas [Internet]. Madrid; 2007. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/estudioInmigracion.pdf>
308. Royo-Bordonada MÁ, Díez-Cornell M, Llorente JM. Health-care access for migrants in Europe: the case of Spain. Lancet (London, England) [Internet]. Elsevier; 2013 Aug 3 [cited 2015 Sep 8];382(9890):393–4. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673613616670/fulltext>
309. Europa Press. Sanidad advierte que la UE puede multar a las CCAA que devuelvan la tarjeta a los “sin papeles.” El Mundo [Internet]. 2015 Aug 20; Available from: <http://www.elmundo.es/salud/2015/08/20/55d5f8b846163f4e648b4598.html>
310. López A. La confusa asistencia sanitaria a los inmigrantes sin papeles. El Mundo [Internet]. Madrid; 2015 Aug 22; Available from: <http://www.elmundo.es/salud/2015/08/22/55d775d0ca4741ba088b45a3.html>
311. Villarreal Ríos E, González Rocha J, Salinas Martínez A, Garza Elizondo M, Núñez Rocha G, Uribe Martínez M. Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. Atención Primaria [Internet]. Elsevier; 2000 Apr 30 [cited 2015 Sep 10];25(07):59–62. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-accesibilidad-los-servicios-salud-11175>
312. Palomar Rodríguez J, Más Castillo A, Parra Hidalgo P, Rodríguez Martínez M. Accesibilidad a los dispositivos sanitarios de la región de Murcia. Atención Primaria [Internet]. Elsevier; 1996 May 15 [cited 2015 Sep 9];17(8):507–11. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-accesibilidad-los-dispositivos-sanitarios-region-14259>

313. Junta de Andalucía. ORDEN de 7 de junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía. BORJA; 2002 p. 10368–77.
314. Consejería de Sanidad. Plan de Salud Región de Murcia. [Internet]. 1992. Available from: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136428-p2.pdf>
315. Dirección General de Salud. Inventario de recursos en Atención Primaria de Salud. Boletín Epidemiológico de Murcia [Internet]. 1989;11(464):45–50. Available from: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/1588-BE1989-V11-N464.pdf>
316. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario 2011. Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud. 2011.
317. Servicio de Palnificación y Financiación Sanitaria. Catálogo de centros adscritos al Mapa Sanitario. Región de Murcia [Internet]. Murciasalud. 2015 [cited 2015 Sep 12]. Available from: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154055>
318. Pérez Parra J. Sanidad reduce el horario de urgencias en seis consultorios. La Verdad [Internet]. Murcia; 2012 Jun 1; Available from: <http://www.laverdad.es/murcia/v/20120601/comarcas/sanidad-reduce-horario-urgencias-20120601.html>
319. Pérez Parra J. Los hospitales cierran más de 500 camas y reducen a la mitad la actividad quirúrgica. La Verdad [Internet]. Murcia; 2015 Aug 3; Available from: <http://www.laverdad.es/murcia/201507/27/hospitales-cierran-camas-reducen-20150727003221-v.html>
320. Padilla J. Atención Primaria\_ cerrada por vacaciones [Internet]. Blog El Médico Crítico. 2014 [cited 2014 Dec 25]. Available from: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2014/12/atencion-primaria-cerrado-por-vacaciones.html>
321. Gómez-Calcerrada D, Pérez Flores D, Maset Campos P. La cita previa, perfil del consultante y accesibilidad. Aten Primaria [Internet]. 1996;17(4):288–91. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-cita-previa-perfil-del-14204>
322. Pérez Parra J. La sanidad regional lidera el aumento de las listas de espera. La Verdad [Internet]. Murcia; 2015 Jan 15; Available from: <http://www.laverdad.es/murcia/201501/15/sanidad-regional-lidera-aumento-20150115015640-v.html>
323. Cañizares Ruiz a, Santos Gómez A. Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis [Internet]. Madrid; 2011. Report No.: 174. Available from: [http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio\\_documentos\\_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf](http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf)
324. Martínez López J. Las listas de espera [Internet]. Blog Apuntes para la Reflexión Sanitaria. 2015 [cited 2015 May 20]. Available from: <http://reflexionsanitaria.blogspot.com.es/2015/05/las-listas-de-espera.html>

325. Grenzner V. Medicina de familia y listas de espera. *Atención Primaria* [Internet]. 2004;33(8):457–61. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-medicina-familia-listas-espera-13061579>
326. Ballesteros Pérez a. M, García González a. L, Fontcuberta Martínez J, Sánchez Rodríguez F, Pérez-Crespo C, Alcázar Manzanera F. La demora en la consulta de atención primaria: ¿se puede mejorar? *Atención Primaria* [Internet]. 2003;31(6):377–81. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656703707021>
327. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Cien Saude Colet* [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2011 Jun [cited 2015 Sep 13];16(6):2783–94. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600017&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600017&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
328. Martí J. La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. *Gac Sanit* [Internet]. Elsevier España, S.L.; 2002 [cited 2015 Sep 12];16(5):440–3. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
329. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario 2014 [Internet]. Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2014. p. 13. Available from: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2014/1\\_PRES\\_WEB\\_BS\\_2014\\_PAB.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2014/1_PRES_WEB_BS_2014_PAB.pdf)
330. Pindado F. La participación ciudadana en la vida de las ciudades. 2000. 119-147 p.
331. Pérez González C. Análisis de la participación ciudadana en España. *Revista Digital CEMCI* [Internet]. Granada; 2013;3–7. Available from: <http://www.cemci.org/revista/numero-21/pdf/trabajos-de-evaluacion-3-analisis-de-la-participacion-ciudadana-en-espana.pdf>
332. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: Formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(SUPPL.1):158–61.
333. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención Primaria* [Internet]. 2006;38(4):234–7. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13092347&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=74&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v38n04a13092347pdf01.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13092347&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=74&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v38n04a13092347pdf01.pdf)



334. Sanz-Sanz V. La cartera de servicios en atención primaria: significado y comparabilidad. *Atención Primaria* [Internet]. 2006;37(2):95–100. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-cartera-servicios-atencion-primaria-13084488>
335. Herrera Usagre M, Reyes Alcazar V, Torres Olivera A. Asegurando la satisfacción del usuario a través del cumplimiento de factores críticos de éxito . *Los Actores de las políticas sociales en contextos de transformación*. Pamplona: III Congreso Anual de la REPS; 2012. p. 1–11.
336. Caminal Homar J, Martín Zurro A. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutoria del sistema de salud y su medición. *Atención Primaria* [Internet]. 2005;36(8):456–61. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13081061&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=27&ty=74&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v36n08a13081061pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13081061&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=27&ty=74&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v36n08a13081061pdf001.pdf)
337. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández J a. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Atención Primaria* [Internet]. 2005;36(7):358–64. Available from: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13080291&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=27&ty=159&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v36n07a13080291pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13080291&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=27&ty=159&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v36n07a13080291pdf001.pdf)
338. Torío Durántez J, García Tirado M. Relación médico-paciente y entrevista clínica I opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* [Internet]. 1997;19(1). Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-relacion-medico-paciente-entrevista-clinica-i--14439>
339. Durán MÁ. La nueva división del trabajo en el cuidado de la Salud. *Política y Soc*. 2000;35:9–30.
340. Puga D. La dependencia de las personas con discapacidad: Entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo p??blico. *Rev Esp Salud Publica*. 2005;79(3):327–30.
341. Casado-Marín D. La atención a la dependencia en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2006;20(Supl 1):135–42. Available from: [file:///C:/Users/José/Downloads/S0213911106715771\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/José/Downloads/S0213911106715771_S300_es.pdf)
342. España. Real Decreto-Ley 20/2012 de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad [Internet]. BOE; 2012 p. 91. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/07/14/pdfs/BOE-A-2012-9364.pdf>
343. González Ortega S, et al. La aplicación de la Ley de Dependencia en España La aplicación de la Ley de Dependencia en España. Sevilla; 2012.

344. Hernández Tezoquipa I, Arenas Monreal MDLL, Valde Santiago R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico : interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(5):443–50.
345. Palomar Rodríguez J, Rodríguez Martínez M, Parra Hidalgo P. Arquitectura sanitaria en la Región de Murcia [Internet]. Murcia; 1994. Available from: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/186048-arquitectura\\_sanitaria.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/186048-arquitectura_sanitaria.pdf)
346. Ruíz Martínez A. La satisfacción de los usuarios con los servicios públicos de Atención Primaria. *Rev Adm Sanit Siglo XXI* [Internet]. 2005;3(1):33–48. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-satisfaccion-los-usuarios-con-13073398>
347. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro sanitario 2014-Resumen Ejecutivo [Internet]. Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2014. p. 2–6. Available from: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2014/RESUMEN\\_EJECUTIVO\\_BS\\_2014.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2014/RESUMEN_EJECUTIVO_BS_2014.pdf)
348. Banqué Vidiella J. El valor añadido de la rotación rural “ Medicina rural : la esencia de la medicina de familia .” XXXIV Congreso Nacional de la SemFYC [Internet]. MasPaloma. Gran Canaria; 2014. Available from: [http://www.semfy2014.com/readcontents.php?file=webstructure/jaume\\_banque\\_vidiella.pdf](http://www.semfy2014.com/readcontents.php?file=webstructure/jaume_banque_vidiella.pdf)
349. Goitia F. Médicos rurales. El eslabón perdido de la sanidad. *XL El Semanal*. <http://www.finanzas.com/xl-semanal/magazine/20130210/medicos-rurales-eslabon-perdido-4685.html>; 2013 Feb;
350. Blanquer Gregori JJ, Montiel Higuero I. Miogestión. Consejos prácticos para la gestión de tu consulta. [http://www.svmfyc.org/files/Grupos%20de%20Trabajo/Gesti%C3%B3n%20Cl%C3%ADnica/Mio\\_GestionConsulta.pdf](http://www.svmfyc.org/files/Grupos%20de%20Trabajo/Gesti%C3%B3n%20Cl%C3%ADnica/Mio_GestionConsulta.pdf); 2007.
351. Comisión Central de Deontología Derecho Médico y Visado. Tiempos mínimos en las consultas médicas [Internet]. Madrid; 2008. Available from: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/08\\_01\\_25\\_tiempo\\_consulta\\_0.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/08_01_25_tiempo_consulta_0.pdf)
352. Zaragoza E. Diez minutos, ¡qué menos! 2001;27:21–2.
353. Kontos N. Perspective: biomedicine--menace or straw man? Reexamining the biopsychosocial argument. *Acad Med* [Internet]. 2011;86(4):509–15. Available from: [http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2011/04000/Perspective\\_\\_Biomedicine\\_Menace\\_or\\_Straw\\_Man\\_.26.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2011/04000/Perspective__Biomedicine_Menace_or_Straw_Man_.26.aspx)
354. Casado Vicente V, Bonal Pitz P, Fernández Alonso C. La medicina de familia y comunitaria: una asignatura de la Universidad española. *Medifam* [Internet]. Arán Ediciones, S. L.; 2002 [cited 2015 Sep 14];12(2):55–73. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

355. Planes A. EDITORIAL (Comunidad): ¿sólo una bella palabra? Comunidad [Internet]. 1997;1:1. Available from: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/0/editorial.pdf>
356. Semfyc. ¿Qué es el PACAP? [Internet]. PACAP. [cited 2014 Oct 25]. Available from: <http://www.pacap.net/pacap/que-es-el-pacap/>
357. Dirección General de Salud Pública. Observatorio de Salud en Asturias [Internet]. Astursalud. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2010 [cited 2014 Nov 30]. Available from: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/>
358. Cofiño R. Salud Comunitaria. Blog Salud Comunitaria.
359. Gènova-Maleras R, Álvarez-Martín E, Morant-Ginestar C, Fernández de Larrea-Baz N, Catalá-López F. Measuring the burden of disease and injury in Spain using disability-adjusted life years: an updated and policy-oriented overview. Public Health [Internet]. Elsevier; 2012 Dec 12 [cited 2015 Oct 7];126(12):1024–31. Available from: <http://www.publichealthjrn.com/article/S0033350612003186/fulltext>
360. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? Bmj [Internet]. 2014;348:g3725. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.g3725>
361. Gómez de la Cámara A, de la Cruz Bertolo J. El conflicto entre la atención individualizada o grupal. Aten Primaria [Internet]. 1997;19(1). Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-conflicto-entre-atencion-individualizada-14435#elsevierItemBibliografias>
362. Tudor Hart J. The Inverse Care Law. Lancet [Internet]. Elsevier; 1971 Feb [cited 2015 Jan 4];297(7696):405–12. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S014067367192410X/fulltext>
363. Brotman DJ, Walker E, Lauer MS, O'Brien RG. In search of fewer independent risk factors. Arch Intern Med [Internet]. 2005;165(2):138–45. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=486377>
364. Capdevila JA, Gavagnach M, Martínez S, Torres A. Evaluación crítica de las guías de práctica clínica. Med Clin [Internet]. 2008;130(10):376–9. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-evaluacion-critica-las-guias-practica-clinica-13117462>
365. Steinberg EP, Luce BR. Evidence based? Caveat emptor! Health Aff [Internet]. 2005;24(1):80–92. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/24/1/80.full.pdf+html>
366. Goldacre B. Un escándalo médico moderno: Mala Farma [Internet]. Viento Sur. 2014 [cited 2014 Jun 23]. p. 1–8. Available from: <http://vientosur.info/spip.php?article8617>

367. Alloza JL, P G-M. Apuntes de la situación actual en la crisis de valores políticos , sociales y económicos que acompañan a la industria farmacéutica y a la medicina. Alcalá de Henares; 2010.
368. Angell M, De LAVA. La verdad acerca de la Industria Farmacéutica: Cómo nos engaña y qué hacer al respecto. Bogotá: Grupo Editorial NORMA; 2006. 321 p.
369. Melé D. Imagen corporativa y críticas en responsabilidad social. Las cinco mayores compañías farmacéuticas [Internet]. Ocasional Paper. Pamplona; 2006. Available from: <http://www.iese.edu/research/pdfs/OP-06-05.pdf>
370. Spence D. Evidence based medicine is broken. Bmj [Internet]. 2014;348:g22. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.g22>
371. Welch H, Schwartz L, Woloshin S. Overdiagnosed: Making People Sick in Pursuit of Health. Boston: Beacon Press; 2011. 228 p.
372. Mold, Stein. The cascade effect in the clinical care of patients. N Engl J Med. 1986;314(8):512–4.
373. Miguel García F, Montero Alonso MJ, Merino Senovilla A, Sanz Cantalapiedra R, Maderuelo Fernández JA. Las cifras mágicas en la prevención farmacológica de la enfermedad cardiovascular y de fracturas . Una valoración crítica. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. Pamplona; 2009;17(4):50–63.
374. Medina Chirino D. Menos es más, menos es mejor. Sobre los excesos de la práctica médica y sus consecuencias. ENCRUCIJADAS Rev Crítica Ciencias Soc [Internet]. 2014;8:74–94. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4999331.pdf>.
375. Illich I. Limits to Medicine- Medical Nemesis: The Expropriation of Health [Internet]. Literature Reviews/ Critiques of Biomedicine. London: Marion Boyars Publishers; 1976. p. 1–7. Available from: [http://thehealingproject.net.au/wp-content/uploads/2009/10/Ivan-ILLICH-\\_1976\\_-Limits-to-Medicine.pdf](http://thehealingproject.net.au/wp-content/uploads/2009/10/Ivan-ILLICH-_1976_-Limits-to-Medicine.pdf)
376. Gervas J, Pérez Fernández M. La expropiación de la salud. Barcelona: Los libros del lince SL; 2015. 246 p.
377. Gervas J. Malicia Sanitaria y Prevención Cuaternaria. Gac Med Bilbao [Internet]. 2007;104:93–6. Available from: [http://www.laciudadviva.org/opencms/export/sites/laciudadviva/recursos/documentos/Malicia\\_sanitaria\\_y\\_prevenccion\\_cuaternaria.pdf-291bd925b66d3b4bbc240148bf2e2aee.pdf](http://www.laciudadviva.org/opencms/export/sites/laciudadviva/recursos/documentos/Malicia_sanitaria_y_prevenccion_cuaternaria.pdf-291bd925b66d3b4bbc240148bf2e2aee.pdf)
378. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana M del C. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2012 Jul [cited 2015 Oct 7];47(4):162–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X12000601>
379. Agirrezabala J, Aizpurua I, Albizuri M, Alfonso I, Armendazriz M, Bengoa A. Desprescripción. Infac [Internet]. 2012;20(8):46–52. Available from:

- [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkfarm02/es/contenidos/informacion/cevime\\_infac/es\\_cevime/adjuntos/INFAC\\_vol\\_20\\_n\\_8.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkfarm02/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_vol_20_n_8.pdf)
380. Schiff G, Galanter W, Duhig J, Lodolce A, Koronkowski M, Lambert B. Principles of Conservative Prescribing. *Arch Intern Med* [Internet]. 2011;171(16):1433–40. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1105913>
  381. Bravo Toledo R, Calvo Pita C, Fernández Oropesa C, Gavilán Moral E, Rosado López A. Principios para una prescripción prudente [Internet]. *Prescripción prudente*. 2011 [cited 2012 Feb 1]. Available from: <https://prescripcionprudente.wordpress.com/>
  382. ABIM Foundation. Choosing Wisely. Promoting conversations between providers and patients [Internet]. [choosingwisely.org](http://choosingwisely.org). 2012 [cited 2013 May 15]. Available from: <http://www.choosingwisely.org/>
  383. Tranche Iparraguirre S. Recomendaciones NO HACER. Barcelona; 2014.
  384. Chouchane L, Mamtani R, Dallol A, Sheikh JI. Personalized medicine: a patient-centered paradigm. *J Transl Med* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;9(1):206. Available from: <http://www.translational-medicine.com/content/9/1/206>
  385. Leppin A, Montori V, Gionfriddo M. Minimally Disruptive Medicine: A Pragmatically Comprehensive Model for Delivering Care to Patients with Multiple Chronic Conditions. *Healthcare* [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2015 Jan 29 [cited 2015 Sep 18];3(1):50–63. Available from: <http://www.mdpi.com/2227-9032/3/1/50/htm>
  386. Gervas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible ( y deseable ) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012;8(6):312–7.
  387. Casajuana Brunet J, Alonso López F, Aracil Villar J, Barrios Blasco L, Carmenado Martín T, Gervas Camacho J, et al. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;21(7):489–98.
  388. Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Atención Primaria* [Internet]. 2005;35(2):82–8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-caracteristicas-demanda-sanitaria-las-consultas-13071914>
  389. Orozco Beltrán D, Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Prieto Erades I, Ribera Montés M, Martínez Cánovas P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Atención Primaria* [Internet]. 2004;33(2):69–77. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-gestion-clinica-consulta-previsibilidad-contenido-13057254>

390. Quintana Gómez JL. La burocracia en Atención Primaria: una tontería electrónica no deja de ser una tontería [Internet]. Blog ATensiónPrimaria. 2010 [cited 2015 Aug 17]. p. 7. Available from: <https://atensionprimaria.wordpress.com/2010/09/09/tonterias-electronicas/>
391. España. Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. BOE; 2014 p. 57579–96.
392. López A. Guerra abierta por la prescripción de Enfermería. El Mundo [Internet]. Madrid; 2015 Apr 9; Available from: <http://www.elmundo.es/salud/2015/04/09/5525762eca4741c7478b456b.html>
393. Noticia de prensa. El Colegio de Médicos denuncia las deficiencias del Programa de Emisión de Receta Electrónica del SMS y exige a Sanidad que solvante el problema a la mayor brevedad posible [Internet]. Boletín COM Murcia. 2015 [cited 2015 Aug 12]. Available from: <http://www.commurcia.es/NOTICIA.asp?id=1546>
394. España. Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. [Internet]. BOE 2000 p. 3134–48. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2000/01/25/pdfs/A03134-03148.pdf>
395. López Casanovas G, Wagstaff A. Eficiencia y competitividad en los servicios públicos. Moneda y Crédito [Internet]. 1993;196. Available from: <http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/moneda-y-credito--1/html/0281ff98-82b2-11df-acc7-002185ce6064.html>
396. Martín Martín JJ. Nuevas formulas de gestión en el ámbito sanitario [Internet]. Madrid; 2004. Available from: [http://www.fgcasal.org/aes/docs/jose\\_martin.pdf](http://www.fgcasal.org/aes/docs/jose_martin.pdf).
397. Junta directiva de la SEDAP. Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate. Grupo Saned, editor. Madrid; 2010. 108 p.
398. Editorial. La semFYC, contraria al modelo de gerencia única por su ineficiencia asistencial y económica. Gaceta semFYC [Internet]. 2005;92:2. Available from: [www.semfyce.es/componentes/ficheros/descarga.php?MTE3Mg==](http://www.semfyce.es/componentes/ficheros/descarga.php?MTE3Mg==)
399. Tamborero Cao G. Integración entre atención primaria y hospitalaria. Econ y Salud Boletín Inf la AES [Internet]. 2012;74. Available from: <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=15&idN=132>
400. Sánchez Baile M. La Atención Primaria debe ser el eje del sistema sanitario. nuevatribuna.es [Internet]. 2015 Feb 15; Available from: <http://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/atencion-primaria-debe-ser-eje-sistema-sanitario/20150215121702112523.html>
401. Facme. Papel de las Sociedades Científicas en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Deusto Business School. Health. 2013 [cited 2015 Aug 25]. p. 40. Available from: [http://www.facme.es/docs/HEALTH\\_11.pdf](http://www.facme.es/docs/HEALTH_11.pdf)

402. Rico A. ¿Crisis de la medicina de familia? ¿Treinta años de reforma de la atención primaria en España y Europa no son. Amf [Internet]. 2007;3(8):3–5. Available from: [http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-4.-Crisis-de-la-medicina-de-familia.\\_-Rico-A.\\_.pdf](http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-4.-Crisis-de-la-medicina-de-familia._-Rico-A._.pdf)
403. Del Río Madrazo JA. El equipo de atención primaria en España. Arch Med Fam y Gen. 2013;10(1):15–21.
404. Sáez López A. La figura del Coordinador Médico. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2007;2(2):49–50. Available from: <http://www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=55>
405. La enciclopedia de las Inversiones. Inversión productiva [Internet]. La enciclopedia de las inversiones. [cited 2015 Sep 20]. Available from: <http://www.inversion-es.com/inversion-productiva.html>
406. Simó Miñana J. La serpiente abre la boca de nuevo\_ ¡ ya no más tomaduras de pelo ! [Internet]. Blog Salud, dinero y atención primaria. 2015 [cited 2015 Jun 17]. Available from: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2015/06/la-serpiente-abre-la-boca-de-nuevo-ya.html>
407. Simó Miñana J, Gervas Camacho J, Seguí Díaz M, Pablo González R De, Domínguez Velázquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cienicienta europea. Atención Primaria. 2004;34(9):472–81.
408. Gervas 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. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2005.
409. Ortún V. Atención primaria, clave para la eficiencia del sistema sanitario. Barcelona; 1996.
410. Macias MDC, Macias J. Los valores en la sociedad actual [Internet]. Sincronía. México; 2005. Available from: <http://sincronia.cucsh.udg.mx/primavera04.htm>
411. Prieto Ramírez DM. La reflexión axiológica y el sistema de valores del profesional de la salud. Humanidades Médicas [Internet]. 2001;1(1):28. Available from: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2001/n1/body/hmc020101.htm>
412. Freire Campo JM, Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LÁ, Onorbe de Torre M. El Buen Gobierno: principios y valores. Su contribución a revitalizar la Sanidad Pública en Madrid. In: Freire Campo JM, Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LÁ, Onorbe de Torre M, editors. El libro Blanco de la Sanidad de Madrid [Internet]. Madrid; 2011. p. 1–36. Available from: <http://librosanidadmadrid.es/index.html>
413. Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M. Indicadores de buen gobierno [Internet]. worldwide Governance Indicators. 2013 [cited 2015 Sep 21]. Available from: <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#home>

414. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad: También para salir de la crisis. *Gac Sanit* [Internet]. Elsevier España, S.L.; 2011 [cited 2015 Sep 21];25(4):333–8. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112011000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
415. Amor JR, Ferrando I, Ruiz J. *Ética Y Gestión Sanitaria*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000. 143 p.
416. SEMERGEN. Historia de la Sociedad Médica decana en Atención Primaria [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 28]. Available from: [http://www.semergen.es/semergen/sites/default/files/semergen/presentacion\\_institucional\\_semergen.pdf](http://www.semergen.es/semergen/sites/default/files/semergen/presentacion_institucional_semergen.pdf)
417. Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para, Pacífico. A y el. ¿Qué es Gobernanza ? ¿Y Buen Gobierno ? *GobernAsia* [Internet]. 2006 Dec;5. Available from: <http://www.casaasia.es/governasia/boletin2/>