

---

## ATENCIÓN PRIMARIA: MUCHO MÁS QUE LA PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA

**Dr. Carlos Thomas**

### 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la atención primaria de la salud como «la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país».

En 1978, mediante la declaración de Alma-Ata, la OMS recomendó que todos los países deberían desplegar una atención primaria de salud de acceso universal, adecuada a las necesidades de cada territorio, desde donde se atendiera la salud de las comunidades con una actitud proactiva y que fuera la puerta de acceso al sistema sanitario.

Cuarenta años más tarde, en la reunión de Astana, una nueva declaración de la OMS ha apostado por una atención primaria reforzada e integradora con capacidad suficiente como para liderar la renovación de los sistemas sanitarios, hoy demasiado fragmentados y alejados de la realidad de los pacientes que atienden. La cuestión es que las circunstancias demográficas y epidemiológicas actuales obligan a estrechar la coordinación entre niveles y a potenciar el trabajo en equipos multidisciplinares, especialmente cuando hay que atender a las personas más vulnerables y frágiles.

Es sabido que el sistema de atención médica no es lo más relevante para lograr la salud de la población. Como señaló Lalonde, el estilo de vida es lo más importante, ampliamente vinculado a determinantes sociales. Sin embargo, el sistema de salud puede contribuir a la reducción de las desigualdades, en particular la atención primaria tiene todas las herramientas para lograrlo. Trabajar mancomunadamente con otros sectores, facilitar el acceso a los servicios sanitarios y obtener respuesta satisfactoria en este nivel es el camino señalado para obtener equidad y eficacia con eficiencia

En un estudio impactante que podría transformar toda la visión de abordaje de la enfermedad, el *International Journal of Health Services* publicó, hace 25 años, los hallazgos

de un estudio titulado “Atención primaria, atención especializada y chances de vida”. Utilizando análisis de regresión múltiple, los investigadores concluyeron que “la atención primaria es por lejos la variable más significativa relacionada con un mejor estado de salud”, correlacionado con menor mortalidad, pocas muertes por patología cardíaca o cáncer, y una cantidad de otros resultados beneficiosos para la salud.

No obstante, poco se ha avanzado en este terreno. La atención especializada y las prácticas complejas ganan la atención de profesionales y de quienes asignan presupuestos. Todavía no se advierte que este nivel es capaz de brindar una atención más personalizada, humana, que agrega valor, evita el desperdicio de recursos y es más económica. Un sinnúmero de intereses encontrados, económicos, políticos, de prestigio personal y académicos obstaculizan, impiden o demoran el dar un verdadero impulso a la atención primaria y poder volver a las raíces: un médico que nos conoce, orienta y conduce durante, en lo posible, toda la vida y no simplemente ser la puerta de entrada al sistema.

## **2. SITUACIÓN ACTUAL**

La atención primaria en la actualidad atiende la demanda espontánea realizada en un centro de salud, por un médico con una larga lista de turnos que debe resolver y en donde se comporta como un derivador a niveles de mayor complejidad.

Es una medicina reactiva, solo responde a la demanda espontánea y está encerrada en su área de confort que es el centro sanitario. Esto puede resultar útil para subsanar situaciones agudas pero de ninguna manera es efectiva para el tratamiento de pacientes crónicos y frágiles, que en la actualidad predominan por el envejecimiento de la población y el predominio de enfermedades crónico degenerativas

Es imposible gestionar pacientes sin conocerlos, conocer su entorno familiar, su modo de vida, sin seguirlo para comprender mejor sus síntomas y obviar estudios o medicamentos u otras acciones innecesarias y poder adoptar una conducta de “menos es más”. No hay otra actividad que “sacar” los turnos del día. No hay lugar para la salud comunitaria.

La precariedad de la consulta se aprecia por el poco tiempo dedicado a las consultas. Una reciente revisión sistemática de 67 países identificó 18 países que cubren aproximadamente el 50% de la población mundial y tienen una duración de consulta de 5 minutos o menos con médicos de familia. En nuestro medio puede ser un poco más, pero no lo suficiente. Las consultas express son las responsables de prescripciones inadecuadas de antibióticos, la polifarmacia y la mala comunicación con los pacientes.

Como documenta Jordi Varela en el post "El monólogo del paciente", los médicos tienen tendencia a cortar el relato de los pacientes antes del primer minuto de la entrevista, haciendo uso de preguntas con respuestas cerradas que no dejan margen a matices, y redirigiendo la información hacia formularios específicos, por lo que muchos pacientes acaban yéndose del consultorio sin haber conseguido explicar lo que realmente les preocupaba. Especialistas sugieren que una comunicación efectiva tiene impacto en los resultados de salud.

Quienes se desempeñan en atención primaria raramente conocen en forma acabada cómo viven sus pacientes, en qué trabajan, como es su vivienda, cuál es su entorno familiar, particularmente indispensable cuando son pacientes crónicos y frágiles

Tan acostumbrados están a la espera pasiva del paciente que en general no buscan activamente a pacientes que no acuden a control luego de algún inconveniente con su salud. Por supuesto también desconocen si fue hospitalizado de urgencia y tampoco tienen contacto con los centros en donde están internados.

Se observa una falta de coordinación entre todas las prestaciones que distintos sistemas dan a los pacientes. La atención domiciliaria de emergencia, los servicios sociales, ayudas nutricionales, por ejemplo, no tienen ninguna conexión, perdiendo toda posibilidad de una adecuada sinergia.

Los epidemiólogos, que tanto podrían colaborar en las tareas de la salud comunitaria con los servicios de salud, se hallan trabajando para una red paralela, al margen de la atención primaria

Poco se sabe y se evalúa la calidad de la atención, tanto la calidad médica como la calidad percibida. De ninguna manera se facilita el acceso en la obtención de turnos, por el modo de otorgarlos y la oferta insuficiente, empujando a los pacientes a la búsqueda de solucionar su problema de salud en guardias y servicios de emergencia. Siempre de baja calidad para patologías no urgentes, ya que trabajan sin historia clínica, con médicos que no los conocen y con riesgo de colapsar esos servicios con patología menor. El crecimiento de las consultas de guardia en detrimento de las consultas en centros de salud es un indicador de este deterioro.

La atención primaria tiene capacidad para resolver el 85% de los problemas que se presentan cuando la formación y las condiciones de trabajo son las adecuadas. Estamos lejos de ello, también por la posibilidad de los pacientes de decidir cuándo consultar un especialista o no.

---

Los pacientes complejos requieren una gestión multidisciplinar y esta solo se logra en un modelo asistencial en la que trabajen en conjunto la atención primaria y la atención especializada y hospitalaria. Actualmente el médico de atención primaria y el hospital no tienen o es muy débil la interconexión para el seguimiento durante la internación y después del alta. El médico de atención primaria tiene que ser el hilo conductor de los cuidados.

La división histórica entre la atención primaria, los hospitales y los servicios sociales se ha convertido en una barrera para al cambio ya que no se puede prestar la necesaria continuidad ni la personalización de cuidados en ese modelo. Por ello, la reconfiguración de la atención primaria es la reconfiguración hacia un “sistema”. Ya no se trata de gestionar distintas instituciones de salud inconexas, es necesario transformarlas y gestionar redes

No hay suficientes profesionales para una atención primaria con visión comunitaria. Ni en cantidad ni en formación. No se cubren todos los cargos para residencias de familia y tampoco son tantos los cargos ofrecidos. Se necesita casi el doble de los profesionales especializados en Medicina General que hay en la actualidad. La dificultad no pasa por la cantidad de médicos sino por la especialización que eligen. Son determinantes en la elección: el status, la posibilidad de permanecer en centros urbanos, las mayores posibilidades de capacitación y, en forma determinante, las mayores posibilidades de crecimiento económico. Paradójicamente, a pesar de ser necesarios en mayor cantidad para generar cambios profundos en la atención primaria, muchos médicos de familia trabajan en ambulancias y servicios de urgencia.

No hay programas específicos e institucionalizados para la formación y actualización continua de las personas que trabajan atención primaria, enfermeros, médicos, farmacéuticos, etc. Lo que se pueden apreciar en este aspecto son pocos y sostenidos esfuerzos individuales. Igualmente, la investigación, que siempre promueve el conocimiento y la innovación, es marcadamente biomédica con escasa orientación a los servicios de salud. En todo caso, la participación de la atención primaria en los ensayos clínicos es testimonial

Hemos desatendido la Atención Primaria en relación a los hospitales, en financiación y en el ámbito político. Es necesario dar más financiamiento a la atención primaria pero no para hacer más de lo mismo sino para apalancar un cambio que la ponga a la altura de lo que la actualidad requiere. El no hacer lo mismo es no seguir en un modelo que viene de una concepción que se cierra sobre las instituciones de salud, espera pasivamente la demanda y no se abre a la comunidad

Invertir en atención primaria es beneficioso para la salud de las comunidades, pero los sistemas sanitarios están muy presionados por otras urgencias que ejercen una presión

ciudadana y política mayor: reducir listas de espera quirúrgicas, incorporar tecnología, utilizar nuevos medicamentos, realizar procedimientos más modernos y espectaculares que atraen más al público y a la prensa. Esto hace que el presupuesto destinado a la APS se mantiene estancado en valores inferiores al 15% en relación al gasto sanitario total, con un crecimiento anual siempre inferior al de los hospitales

Por lo tanto, si no reformamos la Atención Primaria de forma organizada en estos próximos años, no va a ser sostenible el sistema, dice Rafael Bengoa, destacado sanitarista español.

### **3. LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL FUTURO**

Decir que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema es minimizar y subestimar su papel. Debe ser el eje vertebrador de todo el sistema. La atención de la salud se lleva a cabo por un conjunto de organizaciones que deben trabajar organizada y coordinadamente. La atención primaria debe tener una acción integradora de aquellas organizaciones tanto de salud como servicios sociales o comunitarios. Los pacientes deberían poder transitar estos servicios según su necesidad sin alteraciones de la continuidad.

Se puede afirmar que la atención primaria es el sistema en sí mismo. Para llevar adelante este cambio copernicano en el modo de asistir las necesidades de atención de una población no basta el médico solo atendiendo pacientes, sino un trabajo multidisciplinar. Es necesario pasar de una AP individualista a una AP fundamentada en equipos, integrado por enfermeros, administrativos, farmacéuticos, fisioterapeutas, asistentes sociales, etc.

La longitudinalidad es un atributo insoslayable en la AP. Es la relación que se establece a largo plazo entre el médico general/de familia y los pacientes de su consulta. Se define como: *a)* la atención por el mismo médico a lo largo de toda la vida de la mayoría de los problemas del paciente y *b)* el reconocimiento de la población y de los pacientes de una fuente de cuidados con la cual se cuenta para el contacto inicial y para el seguimiento de los problemas. La tendencia social y clínica lleva a responder antes, más intensamente, con medios más poderosos y más especialistas a más problemas de salud, lo que convierte a las actividades médicas en peligrosas y más onerosas. El médico que sigue y conoce al paciente puede interpretar mejor síntomas inconexos o subjetivos del enfermo que en muchas ocasiones sólo conducen a pruebas innecesarias con riesgo de generar daños colaterales. Frente a esta tendencia, el lema clínico debería ser «menos es mejor», y eso implica grandes dosis de longitudinalidad.

Si algún valor representa la identidad de la Atención Primaria de forma diferencial éste es la longitudinalidad y su papel central a lo largo del tiempo dentro del transitar del paciente por el sistema sanitario.

La longitudinalidad es un valor que en ocasiones puede ser complicado de manejar para instituciones públicas acostumbradas a aceptar la fragmentación de la asistencia e incluso para el profesional porque implica una cierta adecuación a los ritmos de la población y no a los propios.

La longitudinalidad no es más que la relación personal a largo plazo entre el médico y sus pacientes, clave en las actividades curativas y preventivas. El fomento de la longitudinalidad es un objetivo indispensable de la atención primaria, cuya consecución mejoraría tanto la clínica como la salud pública.

Es componente básico de la longitudinalidad la sensación de responsabilidad del médico de cabecera también respecto a la salud de los pacientes que menos consultan y que suelen ser los que más lo precisan. Por supuesto, no basta con la longitudinalidad, pues se necesitan políticas, incentivos y organización que promuevan este «sentido de responsabilidad» por la población que no consulta.

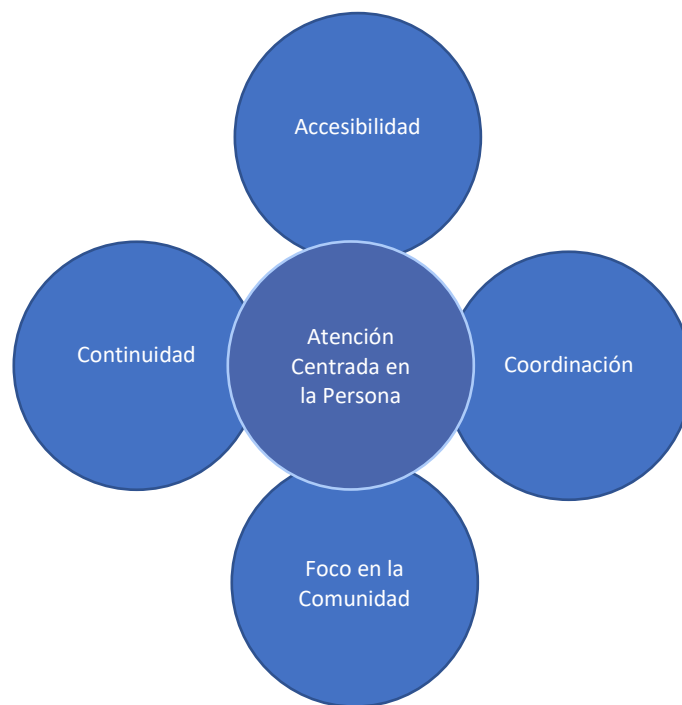
Son varias las medidas que podrían mejorar la longitudinalidad, disminuir los traslados de los profesionales y fomentar la fidelización del médico y su cápita. Son incentivos económicos, de formación y relación con otros niveles de atención:

- Incentivos de «permanencia»: del tipo de una cantidad fija mensual o anual, o mayores oportunidades de formación o vacaciones, que premien cada año de permanencia en el mismo puesto de trabajo con la misma población; se incrementan anualmente y se pierden con cada traslado.
- Aumento del componente de capitación, hasta acercarse a un porcentaje importante del total de la remuneración, con valoración de la complejidad de su población a cargo, según morbilidad y características socioeconómicas y geográficas, para que el médico vea el cupo más como «cartera de clientes» a conservar que como un simple listado de pacientes con derecho a asistencia.
- Mejora de la polivalencia del médico de cabecera: formación y dotación de recursos tecnológicos, humanos y de tiempo, que permitan que el médico ofrezca en la consulta y a domicilio una amplia variedad de servicios y la capacitación en la coordinación de otros miembros del equipo.
- Una reforma efectiva de coordinación que convierta a los especialistas en consultores, es decir, que actúen de asesores y no lleven a los pacientes a sus propias consultas. La AP se fundamenta en un encuentro personalizado en el que

se debe establecer una relación médico-paciente empática y humanizada y en la que la comunicación entre ambos de lugar a la toma de decisiones.

La comunicación médico-paciente debería ser una de las asignaturas fundamentales de la formación médica, con la finalidad de que los estudiantes entiendan, desde un principio, que cada minuto invertido en escuchar, preguntar (de manera abierta) y dialogar, es un tiempo ganado.

### **El núcleo de atributos básicos de la atención primaria**



Tomado de "Innovative models of general practice. King'sFund."

**Accesibilidad:** Es la primera vía de contacto con el sistema de salud. Es la capacidad de la población de poder encontrar asistencia adecuada a sus necesidades en tiempo, forma y costo, es un atributo *sine qua non* para una atención primaria de calidad.

Además de la accesibilidad geográfica y económica, hay que encausar el requerimiento de inmediatez que impone contactos superficiales y que pueden relegar a quienes más urgencia tienen. Por eso es necesario acotar este valor fundamental con el de “adecuación”, la inmediatez de acceso en los casos en los que ésta sea precisa y potenciar la reubicación en espacios más adecuados (y menos inmediatos) cuando no sea así.

Como expuso Julián Tudor Hart, médico de familia británico, y uno de los inspiradores de la atención primaria más comunitaria, en 1971, hace 49 años, en lo que denominó la “ley de la asistencia sanitaria inversa”, una observación en la que Tudor Hart expresaba que hay más personas que piden turno a los médicos de familia por problemas cuya atención no es relevante y se puede diferir, restando posibilidades para atender apropiadamente a las personas enfermas que requieren prioridad

En este sentido se ha propuesto conducir el acceso de modo semejante a como ya hace años se impuso en los servicios de urgencias. Se podría adoptar un sistema de *triage* acordando cuáles serían los criterios de selección y formar al personal que debería llevar a cabo la tarea. El resultado debería ser que las personas se atiendan en función del grado de urgencia de su demanda y los recursos se adecuen a cada uno de los niveles. Lógicamente llevar a cabo esta tarea requiere otra dinámica en la conformación y función del equipo de salud, como veremos más adelante.

**Continuidad:** La continuidad de la atención se expresa en la capacidad del sistema de salud para retener a las personas que atienden de tal modo que el paciente perciba que es atendido por un médico y un equipo familiarizado con su historial médico. Es la relación centrada permanentemente en el paciente. La consecuencia de la continuidad es la longitudinalidad, el paciente seguido gran parte de su vida por quienes conocen la evolución de su patología, cómo piensan y se comportan ante la enfermedad, como es su entorno. La continuidad de los cuidados la asegura el equipo multidisciplinar y no solo el médico. El registro de los datos en una historia clínica informatizada permite reunir todos los contactos del paciente con el equipo, sea en el domicilio, en el consultorio, atendido por el médico o por integrantes de su equipo. Es necesario impulsar el uso de tecnologías que permitan el registro de datos clínicos en el domicilio del paciente y su volcado a la historia de Salud Digital.

¿Cuáles son las más efectivas innovaciones? La organización de equipos multidisciplinarios. Muchos proyectos innovativos han abandonado la tradicional tarea individual y han creado



---

pequeños equipos de profesionales: médicos, enfermeras, asistentes sociales y administrativos, quienes trabajan juntos para una población definida.

El trabajo en equipo multidisciplinar requiere que médicos, enfermeras, trabajadores sociales y administrativos colaboren, compartan recursos, redefinan funciones y marquen objetivos organizativos y asistenciales de manera conjunta. Estos equipos deberían apostar por un incremento de competencias, especialmente de las enfermeras y los administrativos

Estas experiencias muestran que mejoran la continuidad, el acceso y el monitoreo de casos complejos. En estos trabajos en equipo, la demanda es distribuida más apropiadamente para cada profesional, los médicos de familia tienen más tiempo para la consulta de sus pacientes que necesitan más de ellos y las enfermeras tienen un más genuino espacio de competencias.

Otra innovación con futuro es impulsar las consultas telemáticas de ágil resolución, con identificación segura del usuario, que permitan la integración de la solicitud de consulta y respuesta en la historia de Salud Digital. Medio plazo. Extender las modalidades de interconsulta no presencial con imagen asociada y acceso a pruebas complementarias adecuadas e indicadas.

**Foco en la comunidad:** La atención primaria deberá dar todos los cuidados preventivos y recomendaciones básicas.

La atención comunitaria es un elemento clave del trabajo del equipo de atención primaria para abordar la causa base: los determinantes sociales de proceso salud-enfermedad con actividades de promoción de la salud y prevención con enfoque en determinantes, para reducir la brecha de desigualdades, incidiendo en la identificación y capacitación de los grupos vulnerables, y mejorando el gradiente de distribución de los indicadores de salud.

Incluir sistemáticamente las variables sociales en la historia clínica. Incluir, al menos, máximo nivel educativo alcanzado, ocupación y situación laboral.

Conocimiento y caracterización de las necesidades de la población atendida. Emplear los sistemas de información disponibles, incluyendo las encuestas de salud, como la encuesta permanente de hogares o la encuesta de factores de riesgos y de necesidades básicas insatisfechas, con la finalidad de conocer sobre las desigualdades sociales y las inequidades en la calidad de la atención relevantes.

Monitorización y visibilización de las desigualdades en salud y de los determinantes sociales de la salud. Incentivar la inclusión de las variables relacionadas con la equidad en la investigación en salud.

Realizar las visitas domiciliarias, precisamente para captar de primera mano cómo viven las personas como es el ambiente del hogar, sus comodidades, como se alimentan, que grado de cuidados son posibles, etc. Todo permite ajustar el enfoque clínico a cada situación. El conocimiento del entorno domiciliario, por parte de la atención primaria, es también imprescindible para gestionar apropiadamente las transferencias de los pacientes complejos cuando son dados de alta de los hospitales.

Muchos equipos han optado por ser proactivos en el seguimiento de pacientes crónicos, con estrategias específicas, el apoyo de un staff administrativo dedicado y el complemento de registros electrónicos, con el uso de e-mails, Whats App y consultas remotas, entre otras innovaciones tecnológicas.

Involucramiento de pacientes y comunidades. Los investigadores dicen que han observado muchos proyectos innovativos que favorecen el involucramiento de los pacientes en el diseño de modelos de salud comunitaria y la reformulación de los cuidados que se les ofrecen, por lo tanto, si esto ocurre, la oferta puede ir adaptándose a cada realidad social. Una actitud proactiva en el seguimiento de los pacientes crónicos.

La segmentación de los grupos de población más complejos y vulnerables, con necesidades especiales tales como fragilidad o vulnerabilidad o personas en situación de calle (homeless). Focalizar el trabajo en los segmentos más necesitados puede ser una decisión costo-efectiva. En este campo, para abordar la complejidad en la comunidad misma, no hay un modelo ideal, pero lo que está claro es que esta es una decisión que sitúa a la atención primaria en el centro mismo del sistema en un marco de colaboración entre los servicios de salud y los servicios sociales

Los médicos generales/de familia pueden aportar una mejor prevención y promoción de la salud si logran un profundo entendimiento de los pacientes y de la población. Cada paciente, cada familia, cada comunidad es un mundo. Alguien tiene que «traducir» las medidas de salud pública de manera que se haga un uso apropiado de ellas y que la población sea consciente de dónde, quién y por qué se ofrecen los servicios preventivos y curativos.

Promover la participación efectiva de la comunidad en la toma de decisiones aplicando experiencias exitosas y desarrollando órganos de participación.

---

Informar a las personas usuarias sobre sus derechos a la asistencia y mejorar la divulgación y conocimiento de los derechos del paciente.

Avanzar en la orientación comunitaria de la atención primaria reconociendo y fomentando la participación de los profesionales en actividades y dinámicas interdisciplinarias de acción comunitaria.

Es conveniente que cada centro adopte un modelo propio de salud comunitaria, ajustado a su realidad y que defina como llevarlos a cabo.

**Coordinación:** Cuando la atención primaria no puede proveer todos los cuidados deberán coordinar los cuidados que el paciente recibirá fuera de su ámbito.

La atención primaria debe tener la capacidad de coordinar una red local con los servicios de salud pública, los de salud mental, los de adicciones, los programas de atención a la salud sexual y reproductiva.

Fortalecer trabajo con otros sectores de la comunidad como educación, servicios sociales, salud pública, organizaciones civiles, etc.

Incluir en todos los planes y proyectos acciones intersectoriales siguiendo el eje de equidad.

Es muy importante protocolizar la coordinación entre los diferentes profesionales que atienden la atención primaria y los servicios de urgencia extrahospitalaria, la atención hospitalaria, cuidados paliativos, etc., potenciando el papel de los profesionales de APS como gestores del proceso asistencial en este ámbito. Estandarizar prácticas es una dinámica fundamental para la coordinación entre la atención primaria y el hospital, la cual se debe dar a varios niveles, desde los circuitos de derivación, las consultas telemáticas y el diagnóstico rápido del cáncer, hasta la transformación de trayectorias clínicas en cadenas de valor de los procesos más frecuentes, por ejemplo: diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria crónica, depresión, demencia e insuficiencia renal crónica.

### **Formación**

Si en este momento pretendiéramos imponer un sistema de atención primaria, acorde a lo expresado *ut supra*, tropezaríamos con la primera gran dificultad: no hay recurso humano suficiente en cantidad ni calidad de conocimientos para abordar esta tarea.

La currícula en las facultades de medicina no logra despertar entusiasmo y adhesión entre los estudiantes para dedicarse a esta tarea. Por otra parte, falta también un enfoque,

indispensable, que permita comprender todas las variables que inciden en la salud de las personas más allá de la influencia menor que tiene la atención médica.

La formación en conocimientos prácticos y capacidades de aplicación técnica sobre los determinantes sociales de la salud y la potenciación de la formación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los postulantes a residencias en medicina de familia son menos que los ya escasos puestos ofrecidos. Hacerlas atractivas exige algunas condiciones que aseguren la continuidad de la actualización continua, el reconocimiento académico y una situación económica al menos como el de otras especialidades.

En cuanto a la enfermería ocurre algo similar, con poca formación en salud comunitaria y salud pública.

### **Presupuesto**

Siempre se pretende el triple objetivo: mejorar la salud de sus poblaciones, aumentar la calidad del servicio y reducir costes.

Es difícil que este cambio en la A.P. produzca ahorros aun disminuyendo los ingresos hospitalarios. Sin embargo, no cabe duda, mejora los resultados en salud aumentando la efectividad del presupuesto y evitando el derroche.

Todos los modelos persiguen además, la máxima implicación de los profesionales en su puesto de trabajo.

Los equipos directivos de los centros de salud deberían tener competencias suficientes como para elaborar planes de trabajo ajustados a las necesidades reales de su territorio. Por este motivo, los directivos de la atención primaria deberían tener un grado de autonomía elevado con respecto a la gestión de los recursos, especialmente en la configuración de los equipos profesionales.

## **4. ACCIONES PARA EL CAMBIO**

Múltiples factores han llevado a la actual situación con alta visibilidad de todo lo relacionado a la tecnología y la especialización. La espectacularidad de algunas facetas del progreso en el diagnóstico y tratamiento y la idea de que el desarrollo tecnológico todo lo puede han hecho olvidar la esencia misma de la medicina, humanista, abarcadora de las personas y su

entorno, resuelta a entender la persona para comprender su enfermedad, dispuesta a ayudar, aliviar, calmar, consolar y si puede curar. Cambiar requiere enfrentar muchos intereses encontrados a esta idea, impulsados por intereses económicos, de prestigio personal y de oportunismo político. Por eso el principal desafío no es económico es de persuasión y política sanitaria.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- 1- “Por una atención primaria vertebradora del sistema de salud”. Galicia. Noviembre 2019. Autores: grupo de trabajo.
- 2- “Salud pública: falta casi el doble de médicos generalistas en todo el país”. Diario Clarín, 4 de agosto de 2019
- 3- Research report March 2017 “Shifting the balance of care” Great expectations Candace Imison, Natasha Curry, Holly Holder, Sophie Castle-Clarke, Danielle Nimmons, John Appleby, Ruth Thorlby and Silvia Lombardo
- 4- “Adding quality to primary care” Editorial [www.thelancet.com/lancetgh](http://www.thelancet.com/lancetgh) Vol 6 November 2018
- 5- “Primary healthcare is cornerstone of universal health coverage” *BMJ* 2019; 365 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l2391> (Published 03 June 2019) *BMJ* 2019;365:l2391
- 6- “El hogar como centro de operaciones sanitarias y sociales” Jordi Varela <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2020/06/el-hogar-como-centro-de-operaciones.html>
- 7- Evaluación de la calidad de la atención primaria con encuestas de establecimientos: un análisis descriptivo en diez países de ingresos bajos y medios. Erlyn K Macarayan, PhD. Anna D Gage, MSc. Svetlana V Doubova, MD. Frederico Guanais, PhD. Ephrem T Lemango, MD. Youssooupha Ndiaye, MD. et al. Acceso Abierto Publicado: noviembre de 2018 DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30440-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30440-6)
- 8- De la atención centrada en la persona a la centrada en la comunidad. Blog Avances en Gestión Clínica. Jordi Varela. 3 de abril de 2020
- 9- Hospital vs atención primaria: ¿hasta cuándo? Miguel Angel Yañez 15/05/2019
- 10- Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012 Juan Gérvas, Mercedes Pérez Fernández y Roberto José Sánchez Sánchez. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26(S):52–56 Informe SESPAS
- 11- La teleasistencia, el modelo que toma fuerza en la Atención Primaria. Redacción Consalud. 26/06/2020

- 12- Gaceta Sanitaria. 2012;26(S):6–13 Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012 Ildefonso Hernández-Aguado, María Santaolaya Cesteros y Pilar Campos Esteban
- 13- Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 10 de Abril de 2019. SANIDAD 2019 MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. España  
  
[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco\\_Estrategico\\_APS\\_25Abril\\_2019.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf)
- 14- Innovative models of general practice. King’sFund. 07/06/2018  
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/innovative-models-general-practice..>
- 15- Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol. Javier Segura del Pozo. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España. DOI: 10.1016/j.gaceta.2020.07.004
- 16- The Future of Care — Preserving the Patient–Physician Relationship. John Noseworthy, M.D. New England Journal of Medicine. England <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs1912662?query=primarycare-hospitalist>
- 17- Tres ejes para las reformas de la atención primaria (con decálogo incluido). Jordi Varela. Blogs Avances en gestión clínica. 20/01/2020  
<http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2020/01/tres-ejes-para-las-reformas-de-la.html>