

Salud, mercado y atención primaria

Health, market and primary care

Juan Simó Miñana^a

^a Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, España

Resumen

La atención primaria (AP) aloja en su genoma su vocación de universalidad y su razón de ser rehúye la lógica de mercado. Al mercado le interesa la demanda y la actividad sanitaria. A la AP, resolver la necesidad sanitaria, aunque no se demande, y proteger al paciente de la medicina de excesos. Los países con una fuerte AP alcanzan mejores resultados en salud, con mayor equidad y a menor coste. Sin embargo, los políticos no han hecho prácticamente nada por empoderar y fortalecer la AP en España en las últimas dos décadas. Para ello, deben reforzar sus características esenciales: accesibilidad, longitudinalidad, polivalencia y coordinación. Progresivamente abandonada por los ciudadanos con mayor nivel educativo, de renta y con mayor influencia política y mediática (descremado sociológico), nuestra AP se debilita con la inestimable colaboración de los políticos que, desde hace muchos años, estrangulan su presupuesto al tiempo que ofrecen a estos sectores más influyentes alternativas de atención sanitaria sin AP, de provisión privada, financiadas públicamente (Mutualismo Administrativo) o incentivadas fiscalmente (seguros médicos privados). Parece que los políticos quieren en España una AP degenerada en beneficencia para quienes no tengan otras alternativas. ¿Será porque muchos de ellos forman parte de esos sectores influyentes

Palabras clave: Salud; Enfermedad; Atención Primaria; Mercado Sanitario; Médico de familia; Prestación de atención médica

Abstract

At the core of the genome of Primary Care lies its vocation for universality and its rejection of the logic of the market. The purpose of the primary care is to solve the health need, even if not demanded, and protecting the patient from the excess of the medical activity. Countries with a strong PC achieve better health outcomes, greater equity and lower costs. However, for the last two decades, politicians have done practically nothing to empower and strengthen Spanish PC. To do this, they must reinforce their essential characteristics: accessibility, continuity, versatility and coordination. Gradually abandoned by the citizens with a higher level of education, income status and greater political and media influence (sociological skimming), our PC is further weakened thanks to the invaluable collaboration of politicians who, for many years, have been strangling its budget and offering to these influential citizens private health care alternatives, without PC, financed with public resources ("Mutualismo Administrativo") or fiscally incentivized (private health insurance). It seems that Spanish politicians want a PC degenerated into charity for those who don't have other choices. Is it because many of them are part of those influential sectors of population

Key words: Health; Disease; Primary Care; Health Care Market; Family doctor; Delivery of Health Care

Mercado y atención primaria

Cuesta entender la atención primaria porque su genoma aloja su vocación de universalidad (una atención primaria para todos) y su naturaleza es inmiscible con la visión de la salud como un bien de consumo más. Por eso cuesta tanto entenderla y cuesta tanto explicarla como muy bien indica Anna Vall-Llossera (2016). En efecto, como señala Gemma Torrell (Yoldi, 2024), la atención primaria va a contracorriente de la lógica de mercado. La mercantilización de la salud hunde sus raíces en la equivocada idea de que cuanto más y más pronto reciba uno atención sanitaria, preventiva o curativa, mejor salud tendrá. El "cuanto más, mejor" casi nunca se cumple en la atención sanitaria y no es nada raro que cuanta más atención sanitaria reciba uno, sobre todo si es fragmentada, desordenada y descoordinada, el resultado sea francamente peor. El mercado, incluido el sanitario, a veces convierte en necesidades cosas que sólo son aparentes ventajas. Por ejemplo, en España, disponer de un seguro médico privado que permite acceder directamente al médico especialista privado que se considere oportuno por el motivo que se quiera y cuantas veces se deseé. En otras ocasiones, el mercado sanitario nos vende una solución para un problema que todavía no tenemos. Por ejemplo, y en cualquier país del mundo, los chequeos preventivos que combinan pruebas diagnósticas (incluso de imagen) con análisis de sangre y que poca gente sabe que sirven para bien poco (Krogsbøll, Jørgensen & Gøtzsche, 2019).

En lo más macro de la organización del sistema, prácticamente nadie consentiría, por ejemplo, que un paciente tuviera acceso o no a un órgano para trasplante dependiendo de su capacidad de pago. Y quien dice los trasplantes, dice el acceso a la hemodiálisis, al reemplazo de una válvula cardíaca o a la quimioterapia, por poner algunos ejemplos de tratamientos costosos. En muchos países, incluidos algunos desarrollados con sistemas sanitarios poco solidarios como EEUU, la primera causa de ruina familiar son las deudas por gastos médicos (Himmelstein, Lawless, Thorne, Foohey & Woolhandler, 2019). Evitar esto es una de las principales razones para disponer de un sistema sanitario público de calidad para todos. Un sistema sanitario que no deje fuera a nadie, ni al más pobre pero tampoco al más rico. Un sistema sanitario público universal es una de las mejores expresiones de solidaridad y de cohesión social. Así, el desarrollo histórico en Europa ha conducido a que la mayoría de sus países cuenten con sistemas sanitarios de mayoritaria financiación pública y cobertura prácticamente universal.

Público y privado en sanidad

Los políticos deciden qué papel desempeña el mercado y qué papel lo público en la asistencia sanitaria (Mora, 2007). Y no nos equivoquemos, apostar por lo público, por la solidaridad, por la universalidad y la financiación pública en sanidad no es incompatible con una provisión privada. Por ejemplo, en la atención primaria, con médicos de familia independientes que contratan sus servicios con la autoridad sanitaria como ocurre en la mayor parte de los países europeos (Gérvás, 2004). Al hablar de mercado me refiero, por ejemplo, al gradual incremento del gasto sanitario privado sobre el gasto sanitario total, del 20% de finales de la década de los 80 al 30% actual. También, al progresivo incremento de la proporción de españoles con seguro médico privado ocurrido en los últimos años.

Muy alto en algunos lugares como la Comunidad de Madrid donde alcanza al 40% de su población. Muchas de estas pólizas son incentivadas fiscalmente (ingresos fiscales que no se recaudan) o pagadas directamente con dinero público como en el caso del Mutualismo Administrativo (Muface, Ifsas y Mugeju). Así, cuesta muchísimo creer a algunos que pretender "salvar" la atención primaria cuando en realidad defienden otra cosa (Figura 1). ¿Son conscientes de la importancia de cuidar la AP pública? Las decisiones de los políticos en España han conducido a que, según el Sistema de Cuentas de Salud del Ministerio de Sanidad, en el promedio 2003-2021, sea privado el 8% del gasto sanitario hospitalario en España, así como el 45% del gasto en atención ambulatoria (que incluye la atención primaria). Esto indica que el hospital público español es universal en la teoría y en la práctica, efectivamente universal, aceptado y utilizado por todas las clases sociales. Algo que no ocurre con la atención primaria que nunca ha visto satisfecha su vocación de universalidad (una atención primaria para todos, no sólo en la teoría, también en la práctica) como consecuencia de algunas medidas tomadas (o no tomadas) por los políticos que han conducido al descremado sociológico de la misma (Simó, 2021).

La mercantilización de la salud hunde sus raíces en la equivocada idea de que cuanto más y más pronto reciba uno atención sanitaria, preventiva o curativa, mejor salud tendrá



MANIFIESTO EN DEFENSA DE MUFACE

Desde el pasado mes de mayo las únicas soluciones aportadas por el Gobierno para la superación de la crisis han caído sobre los hombros de los empleados públicos. A ello debemos sumar los importantes recortes que se están aplicando en todos los ámbitos administrativos al sistema educativo.

Las Federaciones de Enseñanza de UGT y CCOO han denunciado y siguen denunciando esta situación. Igualmente han rechazado con rotundidad todos los recortes aplicados al sistema educativo.

Ante la próxima negociación del Pacto de Toledo, **las Federaciones de Enseñanza de CCOO y UGT** defienden el mantenimiento de la Mutualidad Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE), con una mejora importante de las prestaciones tanto sociales como sanitarias y exigen expresamente el cumplimiento de los acuerdos alcanzados en el consejo General de la Mutualidad sobre las aportaciones de los mutualistas jubilados en la adquisición de medicamentos.

De ningún modo puede aceptarse que los servicios de MUFACE sean considerados como privilegios. Las mejoras de las condiciones laborales sectoriales que diversos colectivos de trabajadores han conseguido en sus convenios son derechos sociales o salariales a los que ningún trabajador puede ni debe renunciar y que deben ser socialmente respetados.

Las Federaciones de Enseñanza de UGT y CCOO defienden los servicios de MUFACE y exigen no solo su mantenimiento sino una mejora significativa de sus prestaciones, por lo que rechazan el recorte de la aportación que hace el Estado para financiar la Mutualidad, que en el proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2011 se reduce de 5,03% al 4,92% del Haber Regulador.

Por ello, **las Federaciones de Enseñanza de UGT y CCOO** llaman a todo el profesorado a manifestar su defensa de unos derechos que ha costado mucho conseguir.

Las Federaciones de Enseñanza de UGT y CCOO realizarán concentraciones a partir del 15 de noviembre ante las sedes provinciales de MUFACE en las que presentarán el presente manifiesto.

SALVEMOS LA ATENCIÓN PRIMARIA



MANIFESTACIÓN 27 DE MARZO | de 12 a 13 horas
En la Plaza España junto a estatua rey Jaume I

¡MOVILÍZATE!



Figura 1. Manifiesto en defensa de Muface y cartel en defensa de la atención primaria, ambos con el logo de CCOO y UGT.

Descremado sociológico y abandono institucional de la atención primaria española

Originados durante la dictadura o preconstitucionales, han persistido hasta la segunda década de este siglo en España diversos subsistemas de atención sanitaria financiados públicamente, de provisión privada y sin atención primaria. De hecho, todavía persisten algunos como Muface, Ifsas y Mugeju (el llamado Mutualismo Administrativo). Accedieron a ellos, y todavía acceden, sectores sociales relativamente privilegiados, con mayor nivel educativo y de renta, y con mayor peso e influencia política y mediática. Esta situación ha privado a la atención primaria española del potente estímulo a la mejora del servicio que ejercen los ciudadanos más exigentes, influyentes e informados. Piénsese, por ejemplo, en la tipología del colectivo mutualista: jueces, secretarios judiciales, profesores de todos los niveles educativos, investigadores, altos cargos de la administración central, mandos de cuerpos y fuerzas de la seguridad del Estado, oficiales de las fuerzas armadas, inspectores de trabajo y de hacienda, diplomáticos, etc. Por ejemplo, ¿qué pueden enseñar sobre sanidad pública a nuestros hijos unos profesores cuya inmensa mayoría elige la provisión privada de los seguros médicos que conciernen con Muface, con acceso directo a especialistas privados y sin atención primaria? Además, desde hace décadas se mantiene el incentivo fiscal a la compra de seguros médicos privados, más frecuentemente adquiridos por clases medias y altas que, como consecuencia, son las más beneficiadas por el incentivo. Y, según declaran, los compran para esquivar las esperas de la parte ambulatoria del sistema y sortear al médico de familia al que perciben como un obstáculo a su acceso a los verdaderos especialistas (Figura 2).

Además, también desde hace décadas se emplea dinero público para, literalmente, regalar seguros médicos privados a miembros o empleados de instituciones, empresas u organismos públicos (Banco de España, Televisión Española, Ayuntamientos, Cabildos, Diputaciones, Parlamentos Autonómicos, etc.), pese a estar cubiertos todos ellos por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y su atención primaria. Los sectores sociales más pudientes e influyentes sobre la opinión y el poder públicos han tenido, y tienen todavía, una provisión sanitaria privada, directamente pagada o subvencionada fiscalmente, como vía de escape alternativa a los centros de salud. Este descremado sociológico de la atención primaria, promovido y potenciado institucionalmente, regado siempre con dinero público, es la causa principal de su progresivo deterioro y debilitamiento. En efecto, la situación actual de la

atención primaria española y el estrangulamiento de su presupuesto son el resultado directo del desentendimiento de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas que la han abandonado a su suerte al no hacer prácticamente nada en las últimas dos décadas para empoderarla y hacerla más atractiva para ciudadanos y profesionales. (Simó, 2021).

SÓLO A QUIENES SON BENEFICIARIOS DE LA SANIDAD PÚBLICA Y DE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO, O DE UNA MUTUALIDAD DEL ESTADO CON ATENCIÓN POR LA SANIDAD PÚBLICA Y DE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO, O DE UNA MUTUALIDAD DEL ESTADO CON ATENCIÓN POR LA SANIDAD PRIVADA Y UN SEGURO MÉDICO PRIVADO
(1 y 4 o 2 y 4 o 3 y 4 en P5)
(N=955)

Pregunta 5A

¿Y cuáles son las dos principales razones por las que ha contratado Ud. (o alguien de su familia) un seguro privado, teniendo ya un seguro público? (**MÁXIMO DOS RESPUESTAS**).

Porque atienden con más rapidez que en la pública	77,9
Porque atienden mejor que en la pública	15,1
Porque necesita algún servicio o atención que no está incluido en los servicios públicos (por ejemplo, atención dental)	15,4
Porque ofrece mejores servicios de hostelería en caso de ingreso (por ejemplo, poder estar en una habitación individual, mejor calidad de la comida, etc.)	6,3
Porque buscaba una mejor atención durante el embarazo y el parto	5,2
Porque se puede ir a el/a la especialista directamente sin consultar con el/la médico/a de cabecera	37,3
Por motivos de trabajo o porque es autónomo/a o cooperativista	3,4
Le/la aseguraron los padres o familiares	3,5
Por deficiencias en el funcionamiento de la sanidad pública	2,1
Otra respuesta	4,1
Ninguna más	0,3
N.S.	0,9
N.C.	0,5
(N)	(955)

Figura 2. Enunciado y respuestas a la Pregunta 5A del Barómetro Sanitario 2018. Resultados totales. Ministerio de Sanidad.

¿Es posible que tengamos exceso y defecto de atención sanitaria al mismo tiempo?

Los expertos se refieren a lo primero, es decir, que tengamos exceso de atención sanitaria (Lavis & Stoddart, 2008). Obviamente, la pregunta se refiere al grupo privilegiado de los países más ricos, club al que pertenecemos. La respuesta es evidente: por supuesto que tenemos un exceso de atención sanitaria y se encuentran muchas fuentes del mismo (Peiró, 2022). Un exceso que, además, hace daño al paciente (Korenstein, et al., 2018). Es lo que los expertos denominan iatrogenia (González & Campillo, 2017). Pese a este exceso, se sigue cumpliendo la Ley de Cuidados Inversos de Tudor Hart (1971): los sujetos y grupos poblacionales más desfavorecidos necesitan más atención sanitaria que los más favorecidos, pero reciben menos. Y se cumple incluso en países ricos con sistemas sanitarios universales y de financiación mayoritariamente pública. Por ejemplo, un estudio escocés, basado en todos los pacientes de 314 consultorios de atención primaria (1/3 de la población escocesa) mostró que el inicio de la multimorbilidad se produjo entre 10 y 15 años antes en las personas que vivían en las zonas más desfavorecidas (Barnett, et al., 2012).

En Suiza, durante la pandemia, se comprobó que quienes vivían en barrios de bajo nivel socioeconómico tenían menos probabilidad de hacerse una prueba COVID pero más de dar positivo, de ser hospitalizados o de morir que aquellos que vivían en barrios de mayor de renta (Riou, et al., 2021). El diseño de los sistemas sanitarios es el principal condicionante de esta inequidad: su grado de desarrollo, de adaptación a las necesidades de los grupos sociales más desfavorecidos y, especialmente, su mayor o menor exposición al mercado. Los sistemas sanitarios deberían estar mejor diseñados para contrarrestar esta inequidad, no para perpetuarla más. Un sistema sanitario basado en la atención primaria puede mejorar específicamente los recursos en las zonas con indicadores sanitarios y sociales más desfavorecidos y reducir así la inequidad y las desigualdades en salud, incluso desde las propias consultas de los profesionales (Simó & Gérvás, 2024).

El precio de la satisfacción

Las consecuencias perjudiciales que tiene el exceso de atención sanitaria son considerables. De hecho, la atención sanitaria es la tercera causa de muerte en los EEUU (Makary & Daniel, 2016). El mercado gusta más de planificar la atención a la demanda (infinita por definición y más prevalente donde más riqueza hay) que la atención a la necesidad sanitaria (finita epidemiológicamente hablando y más prevalente allá donde menos riqueza hay). Que nadie espere que, por iniciativa propia, el mercado lleve la prestación sanitaria allá donde más se necesita sino allá donde es más rentable por mayor demanda de la misma, aunque eso signifique un consumo sanitario inútil, ineficiente o dañino pues la actividad es su combustible con el pago por acto.

A la atención primaria le interesa resolver la necesidad sanitaria del paciente, aunque éste no la demande, y aspira a protegerle del daño por exceso de atención sanitaria. Sin embargo, las clases medias y altas españolas, y sus políticos, ignoran el peligro de esta medicina de excesos y están muy "satisfechos", unos con sus seguros médicos privados y otros con sus mufaces. Por eso, desde hace muchos años, los políticos de cualquier color, incentivan fiscalmente estos seguros. Por eso también, incumplen la Ley General de Sanidad al no incluir al Mutualismo Administrativo (Muface, Ifsas y Mugeju), al que muchos pertenecen, en el SNS y su atención primaria. Tanto unos como otros desconocen el precio de esa "satisfacción": mayores costes, más ingresos hospitalarios e incremento de la mortalidad (Fenton, Jerant, Bertakis & Franks, 2012). No saben navegar en el mar de la incertidumbre y van de puerto en puerto, de especialista en especialista, sin la menor sospecha del peligro que esto encierra por retraso indebido del diagnóstico o por diagnóstico precoz inoportuno, ambos por exceso de medicina (Gérvás & Pérez-Fernández, 2005).

Necesidades y demandas en atención sanitaria

En cuestiones de salud y enfermedad no siempre somos capaces de diferenciar entre nuestras preferencias y lo que en verdad necesitamos. No es lo mismo, por ejemplo, que cuando nos compramos un coche. En este caso nuestros gustos o preferencias se convierten directamente en necesidades y éstas en demanda si somos capaces de pagarla. En este y en muchísimos casos más, el mercado funciona. Sin embargo, la mayoría de nosotros no puede reconocer o expresar sus necesidades médico-sanitarias. Tendríamos que ser todos médicos para poder hacerlo y ni siquiera así. Les aseguro que, ni en tal caso, en el momento en que le descubren una enfermedad importante, sabe uno exactamente qué hay que hacer y cuándo hacerlo. Aun siendo médico, cuando uno enferma y es paciente, lo habitual es que el temor y la inseguridad por la incertidumbre aminoren la objetividad y dificulten la toma correcta de decisiones. En general, cuando eres paciente, cuando estás enfermo, entre tú y las correctas decisiones médicas se interponen tu relativo desconocimiento, tus miedos y manías, tus fobias y filias, tus hipocondrías y paranoias, etc., que enmarañan tu interpretación de lo que te pasa y de lo que hay que hacer (Mora, 2007). En consecuencia, cuando enfermamos más allá de un resfriado, una diarrea o cualquier otra cosa leve, nuestra conclusión sobre lo que médicalemente se debe hacer va por un lado y la verdadera necesidad médico-sanitaria puede ir por otro, a veces muy distinto. Es lo que los expertos denominan "asimetría de información" entre paciente y médico.

Un médico de familia que le conozca de tiempo es bueno para su salud

Por lo tanto, en el ámbito de lo micro, es muy importante tener un médico de familia de confianza, un médico personal accesible y cercano que le conozca desde hace tiempo. Si lleva con él muchos años, mucho mejor. Ya lo decía Hipócrates: «Es más importante saber qué tipo de persona tiene una enfermedad, que saber qué tipo de enfermedad tiene una persona». Por su bien, no se cambie de un médico de familia que le conozca de más de 10 años, aunque no le hiciera aquella radiografía que un día le pidió porque la rodilla parecía que le iba a explotar ni le mandara al neurólogo aquellas semanas que tanto le dolió la cabeza.

La literatura científica recoge muchos estudios que muestran los beneficios para la salud del paciente cuando éste conserva durante años el mismo médico de familia. Uno de los más recientes, realizado en Noruega, muestra una reducción importantísima, de alrededor del 30%, de la mortalidad, de las visitas a urgencias y de los ingresos hospitalarios (Sandvik, et al., 2022). Por lo tanto, sólo el hecho de tener un médico de familia que le conozca desde hace años es bueno para su salud. Un médico de familia es el especialista que mejor conoce todo lo que puede haber detrás de, por ejemplo, un "simple" dolor lumbar. Y es el mejor formado y el que más experiencia tiene para

plantearse una primera aproximación a las posibles causas en un paciente al que conoce y le consulta por dicho motivo. ¿Se imagina el peregrinaje de especialista en especialista en alguien que desprecia la consulta con su médico de familia y prefiere hacer uso de su seguro médico privado hasta que se llega a la conclusión de que el dolor lumbar se debía a las metástasis óseas de un cáncer de próstata? ¿Se hace una idea de la cantidad de estos peregrinajes en un sistema sanitario sin médicos de familia como profesionales de primer contacto, es decir, sin atención primaria? ¿Sorprende que, en el mundo de los seguros médicos privados donde se paga por "acto" médico, se hagan más "actos" de los estrictamente necesarios? ¿Sorprende que los países con sistemas sanitarios no basados en la atención primaria tengan peores resultados en salud y mayores costes?

Una atención primaria para todos para más equidad, efectividad y eficiencia

Hace mucho tiempo que Barbara Starfield (2001) demostró que los países con sistemas sanitarios basados en la atención primaria obtienen mejores resultados no sólo en equidad, también en efectividad y eficiencia pues consiguen mejores indicadores de salud con menor coste. Una década después, la misma Starfield actualizaba la cuestión y confirmaba estos resultados en un artículo para el Informe SESPAS 2012 (Starfield, 2012). Con sus decisiones, los políticos demuestran ignorar que la mayor equidad, efectividad y eficiencia que proporciona la atención primaria depende del cumplimiento de las características esenciales de la misma: accesibilidad, longitudinalidad, polivalencia y coordinación (Maiz, 2019). Esto exige una atención primaria para todos que no sea pasto del descremado sociológico ni se le estrangule el presupuesto y, sobre todo, en la que se promueva una innovación organizativa que potencie esas características esenciales. De lo contrario, la atención primaria española proseguirá su camino decadente de debilidad hacia un subsistema residual, tipo beneficencia, para quienes no puedan escapar de ella por no disponer de otras alternativas. Y una atención primaria tan débil no puede contrarrestar correctamente la Ley de Cuidados Inversos ni los efectos de una medicina de excesos (sobrediagnóstico, sobretratamiento, cascadas iatrogénicas, etc.) cada vez más prevalente en el sistema por la creciente fragmentación asistencial y la mayor derivación directa entre servicios hospitalarios. Se resienten así la equidad y la calidad del SNS que ya padece un claro trastorno por déficit de atención (primaria) con hiperactividad (hospitalaria) (Simó, 2021).

La atención primaria ha de ser para todos o nunca será. Una mejor atención primaria solo será posible si es efectivamente universal y si se consensuan unos cimientos que la posibiliten, libres de prejuicios y lugares comunes tan tozudamente falsos como reiteradamente invocados. Se trata de poner las bases, incluidos los cambios normativos necesarios, que permitan que la atención primaria «pueda» más que «deba» hacer. Si hay algo evidente es el agotamiento del modelo actual mediante la innovación organizativa «desde arriba». Necesitamos un modelo menos rígido y menos prescriptivo, mucho más flexible y abierto al abanico de alternativas de innovación organizativa y de gestión que surjan desde los propios profesionales. Este abanico hay que facilitarlo y promoverlo pues la innovación «desde abajo» la necesitamos desesperadamente (Simó, 2022). Sería deseable, pues, que las nuevas promociones de médicos de familia tomen las riendas, sean más propositivos, que no esperen la tutorización de unos políticos que son de poco fiar y no tarden tantos años, como otros tardamos, en darse cuenta de todo esto.

Termino con un párrafo textual de Anna Vall-Llossera (2016):

En un mundo donde el mercado lo domina todo, intentar que un exceso de medicina no haga daño y contrarrestar las deficiencias en la atención en quienes más la necesitan, penaliza. La atención primaria no encaja en el sistema económico que nos rige. No somos un buen mercado. La anamnesis, la exploración física, la escucha y la palabra en la consulta no es el gran negocio. Dejar de hacer lo innecesario para evitar los daños de la medicina es contrario al mercado. La atención primaria es contracultural en una sociedad en la que se fomenta el miedo, la desconfianza y las falacias de las certezas absolutas y la inmortalidad

— — — — —
La Atención
Primaria ha de
ser para todos o
nunca será. Una
mejor atención
primaria solo
será posible si
es efectivamente
universal
— — — — —

Referencias bibliográfica

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S & Guthrie B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43. Consultado el 21 de junio de 2024: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, & Franks P. (2012) The Cost of Satisfaction. A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. *Archives of Internal Medicine*, 172 (5), 405-411. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1108766>
- Gérvás J. (2004). Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *Semergen*, 30 (5), 245-57. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359304743087>
- Gérvás J. & Pérez-Fernández M. (2004). Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Atención Primaria*, 35 (2), 95-98. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aventuras-desventuras-navegantes-solitarios-el-13071916>
- González B & Campillo C. (2017). La prevención y el control de la iatrogenia requieren varios frentes y alianzas. SESPAS llama a la colaboración. *Gaceta Sanitaria*. 31(5), 368–370. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v31n5/0213-9111-gs-31-05-00368.pdf>
- Korenstein D, Chimonas S, Barrow B, Keyhani S, Troy A & Lipitz-Snyderman A. (2018). Development of a Conceptual Map of Negative Consequences for Patients of Overuse of Medical Tests and Treatments. *JAMA Internal Medicine*, 178 (10), 1401-1407. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2696732>
- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ & Gøtzsche PC (2019). Controles generales de salud en adultos para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009009.pub3/full>
- Lavis JN & Stoddart GL. (2008). ¿Es posible que tengamos un exceso de atención sanitaria? *Ars Medica. Revista de Humanidades*, 7 (2), 158-173. Consultado el 21 de junio de 2024: https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/ars_medica_jun_2008_vol07_num02_158_es_posible_qu_tengamos_un_exceso_de_atencion_sanitaria.pdf
- Maiz, G. (2019) ¿Por qué es importante la Atención Primaria de Salud? OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://oseki.eus/articulos/porque-es-importante-la-atencion-primaria-de-salud/>
- Makary MA & Daniel M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353 (8056). Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.bmjjournals.org/content/353/bmj.i2139>
- Mora A. (2007). ¿Se puede construir un sistema público de salud con bienes económicos? Siete puntos críticos. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 5(1), 79-104. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-se-puede-construir-un-sistema-13100313>
- Peiró S. (2022). El despilfarro en los sistemas sanitarios y sus fuentes. Antenas de Innovación y Difusión en Política y Gestión Sanitaria. Tercer trimestre 2022: Utilización eficiente de los recursos. Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra. Consultado el 21 de junio de 2024: https://www.upf.edu/es/web/cres/utilizaci%C3%B3n-eficiente-de-los-recursos/-/asset_publisher/Rak6VrxW2Hiz/content/editorial-el-despilfarro-en-la-atenci%C3%B3n-de-salud/maximized
- Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J & Hunskaar S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, 72 (715): e84-e90. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://bjgp.org/content/72/715/e84>

- Riou J, Panczak R, Althaus CL, Junker C, Perisa D, Schneider K, Criscuolo NG, Low N & Egger M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *The Lancet Public Health*, 6(9): e683-e691. Consultado el 21 de junio de 2024: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- Simó J. (2021). La causa de la causa del ocaso de la Atención Primaria española. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 14(3), 129-130. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://revclinmedfam.com/article/la-causa-de-la-causa-del-ocaso-de-la-atencion-primaria-espanola>
- Simó J. (2022). Reflexiones de un médico de familia sobre la atención primaria española tras 30 años en la trinchera. *Atención Primaria Práctica*. 4 (S1). Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-reflexiones-un-medico-familia-sobre-S260507302200037>
- Simó J & Gérvás J. (2024). Cómo combatir la “Ley de Cuidados Inversos” en la consulta de atención primaria. *Formación Médica Continuada*, 31(6), 305-6 305. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.fmc.es/es-como-combatir-la-ley-de-cuidados-inverso-articulo-S1134207224000756>
- Starfield, B. (2001). Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson Editorial.
- Starfield B. (2012). Atención primaria: una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 26 (Suppl. 1), 20-26. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003876>
- Tudor Hart J. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297 (7696), 405-412. Consultado el 21 de junio de 2024: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>
- Himmelstein DU, Lawless RM, Thorne D, Foohey P & Woolhandler S. (2019). Medical Bankruptcy: Still Common Despite the Affordable Care Act. *American Journal of Public Health*. 109 (3), 431-433. Consultado el día 21 de junio de 2024: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6366487/>
- Vall-Llossera A. (2016). Nos cuesta explicar la atención primaria. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Consultado el día 21 de junio de 2024: <https://saludineroap.blogspot.com/2016/09/nos-cuesta-explicar-la-atencion-primaria.html>
- Yoldi U. (2024). Gemma Torrell Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria de Barcelona “La Atención Primaria va a contracorriente de la lógica de mercado, de que se vea la salud como un bien de consumo” Noticias de Navarra. Consultado el día 21 de junio de 2024: <https://www.noticiasdenavarra.com/sociedad/2024/05/06/primaria-contracorriente-logica-mercado-salud-navarra-8161801.html>