

La paradójica fuerza de la atención primaria y el rumbo del Sistema Nacional de Salud

The paradoxical strength of primary healthcare and the course of the National Health System

Beatriz González López-Valcarcel^a

^a Universidad de Las almas de Gran Canaria, España

Resumen

Los sistemas sanitarios basados en una atención primaria fuerte son superiores porque consiguen más salud a menor coste y con equidad. La atención primaria en España presenta en general buenos indicadores, pero los jóvenes médicos rehúyen la medicina de familia en atención primaria y hay disociación entre valores privados y sociales: lo que es socialmente necesario no es individualmente atractivo para muchos profesionales. En los últimos años ha habido múltiples planes y estrategias, a nivel internacional, estatal y en algunas CC. AA., para “salvar” a la atención primaria, y un intenso debate, teñido de intereses, en el que a veces se identifican las reivindicaciones laborales de los trabajadores con el bienestar social. La principal idea de los cambios organizativos es que cada minuto de profesional aporte valor, y que cada profesional trabaje en el límite de sus competencias. Algunas señales claras y ejemplares pueden ser muy efectivas, como mejorar las condiciones económicas y laborales en atención primaria, la mayor presencia de la medicina de familia en las universidades y la incentivación de la investigación en atención primaria. La renovación generacional de los médicos de familia y el potencial de la digitalización para consolidar redes donde los profesionales del mundo rural no se sientan aislados son motivos para el optimismo.

Palabras clave: Atención Primaria; Comunicación; Paradoja; Organización; Competencias; Prestigio.

Abstract

Health systems based on strong primary care are superior because they achieve more health at lower cost and with equity. Primary care in Spain has generally good indicators, but young physicians shy away from family medicine in primary care and there is a dissociation between private and social values: what is socially necessary is not individually attractive to many professionals. In recent years there have been multiple plans and strategies, at international, state and regional levels, to “save” primary care, and an intense debate, tinged with interests, in which the labor demands of workers are sometimes identified with social welfare. The main idea of the organizational changes is that every minute of professional contributes value, and that each professional works at the limit of his or her competencies. Some clear and exemplary signals can be very effective, such as improving economic and working conditions in primary care, the greater presence of family medicine in universities and the encouragement of research in primary care. The generational renewal of family physicians and the potential of digitalization to consolidate networks where rural professionals do not feel isolated are reasons for optimism.

Key words: Primary Healthcare; Communication; Paradox; Organization; Competences; Prestige

Los sistemas sanitarios basados en una atención primaria fuerte son superiores

Hay evidencia científica suficiente para afirmar que los sistemas sanitarios basados en una atención primaria (AP) fuerte son superiores porque logran más salud con menor coste (Sandvik et al., 2022; Starfield et al., 2005). En la terminología de la evaluación económica, son “dominantes”. Además, favorecen la equidad. Este “milagro” se consigue por sus atributos y sus fortalezas (tabla 1).

La longitudinalidad —“de la cuna a la tumba”—, el seguir al paciente a lo largo del tiempo, facilita la confianza y la comunicación y hace que los actos clínicos sean muy eficientes. En unos pocos minutos de consulta, una médica o enfermera de familia recaba la información marginal suficiente que, añadida a lo que ya saben de la persona y su entorno, permite diagnosticarla y tratarla adecuadamente. La continuidad y coordinación del cuidado, para un episodio y en el cuidado de los pacientes crónicos son otros atributos de la AP, así como la accesibilidad y la capacidad resolutiva. En AP podrían y deberían resolverse la mayor parte de los problemas de salud. Por su proximidad y relación de confianza, en la AP fluye bidireccionalmente la comunicación profesional-paciente, mejorando así los indicadores de resultados y experiencias que interesan a los pacientes, los llamados Patient-Reported Outcomes Measures (PROM) y Patient-reported Experiences measures (PREM), (Porter, 2010). Los médicos de familia son profesionales muy bien formados, que han aprendido a gestionar la incertidumbre, rara cualidad en otros niveles asistenciales, y no practican sistemáticamente el sobrediagnóstico, sobretratamiento o la medicina defensiva. Utilizan con eficacia el primer recurso diagnóstico, “La silla del doctor Marañón” (Pérez, 1989), y gozan en general del respeto y confianza de los pacientes. Esos atributos se pierden, y con ellos la fuerza de la AP, como Supermán frente a la criptonita, cuando hay, como en España, obstáculos para su adecuado desempeño (Tabla 1).

Los países europeos tienen configuraciones y modelos muy diferentes de AP (Gérvás, 2004): organizaciones independientes de profesionales o centros públicos, según elección por el usuario, y según su papel de filtro para el hospital. Pero independientemente de todas esas características, los países con una AP fuerte y resolutiva presentan en general mejores indicadores de calidad, coste y equidad.

Tabla 1. Fortalezas y obstáculos de la atención primaria.

FORTALEZAS	OBSTÁCULOS
Longitudinalidad: seguimiento de los pacientes “de la cuna a la tumba”	Contratos temporales Figuras del médico de incidencias, médico sustituto, etc.
Continuidad y coordinación del cuidado (“coaching de salud”)	Fragmentación asistencial
Accesibilidad	Demoras para conseguir cita con el profesional de referencia
Capacidad resolutiva	Filtros y trabas para pedir pruebas diagnósticas, cartera de servicios estrecha

Fuente: elaboración propia.

A nivel macro, España tiene buenos indicadores de calidad de la AP

Entre los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (SNS) hay algunos que monitorizan la calidad de la AP (Ministerio de Sanidad, 2022), con la ventaja de que son comparables internacionalmente (OECD, 2023). España supera la media europea en prácticamente todos ellos, salvo en la prescripción de antibióticos en AP. Así, tenemos tasas más bajas de hospitalizaciones evitables por complicaciones de la diabetes, asma o EPOC. Por otra parte, la red de AP tiene una gran capilaridad en el territorio, es una oferta de proximidad (Fundación Ramón Areces e IVIE, 2021).

La paradójica disociación entre valores privados y valores sociales

Siendo tan valiosa, la AP está en crisis. Y no sólo en España. Hay suficientes signos y síntomas. Su cotización en el mercado de acceso a la formación especializada o MIR (Médico Interno Residente) es estable pero baja (González López-Valcárcel & Barber Pérez, 2024), y muchos médicos de familia rehúyen la AP para trabajar en urgencias de hospitales o en gestión y alta dirección, o se re-especializan al terminar el MIR. Las plazas rurales quedan desiertas. Hay por tanto, una disociación entre valores privados y sociales: lo que es socialmente necesario no es individualmente atractivo para muchos profesionales.

La reforma de la AP en los años ochenta ha sido uno de los grandes hitos en la construcción del SNS, coetáneo a la radical transformación de un sistema fragmentado de seguridad social hacia un SNS con cobertura universal y financiación pública. El nuevo modelo de AP, basado en el trabajo en equipo en centros de salud y en la comunidad, en la dedicación a jornada completa y en el paradigma de la AP propuesto por la OMS en la reunión de Alma Ata de 1978, tardó en España casi veinte años en completarse.

Hay quien atribuye la crisis de la AP a la transformación de la población y de sus necesidades, desde aquellos lejanos años setenta del siglo pasado. La AP ha de navegar a contracorriente de la fascinación y expectativas de la población hacia las tecnologías biomédicas, la impaciencia de los pacientes del siglo XXI y la medicalización de la vida y la sociedad.

En los últimos años ha habido múltiples planes y estrategias, a nivel internacional, estatal y en algunas CC. AA., para “salvar” a la AP, como el documento oficial de la UE, de 2018 (Comisión Europea, 2018), el Marco Estratégico para España AP21, de 2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), el nuevo de 2019 (Ministerio de Sanidad, 2019), el Plan de Acción de AP y Comunitaria 2022-2023 (Ministerio de Sanidad, 2021) o el reciente informe sobre la atención primaria de salud en la Región de Murcia (Abellán Perpiñán et al., 2024), por poner ejemplos representativos. Muchos de los informes “de parte”, por ejemplo, los de sindicatos (Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras, FSS-CCOO, 2019) y organizaciones profesionales, demandan la inyección de más recursos, económicos y humanos. Se coincide más en el diagnóstico de lo que funciona mal que en el tratamiento: la AP en España se ha “desnaturalizado”, tiene exceso de burocracia y mucha actividad que no aporta valor, solo rutina. Se administra, pero no se gestiona. Los profesionales están desbordados y desmotivados. Sin embargo, el número de pacientes —Tarjetas Sanitarias Individuales (TIS)— ha ido disminuyendo en la última década (Figura 1) y hoy en día es de 1.356 pacientes por médica de familia, 1.427 por enfermera y 914 niños por pediatra (Ministerio de Sanidad, 2022). Esas ratios son sensiblemente inferiores a las de países con una AP potente y resolutiva, como Dinamarca (Bjerrum y Llor Vilá, 2012). Sobre todo, en el caso de enfermería, las ratios en España mejoraron mucho.

Hay una intensa carga ideológica en el debate y en las propuestas. Se confunden o identifican reivindicaciones laborales o profesionales con el bienestar social, una sinécdota peligrosa, y se incurre en contradicciones flagrantes, como la reivindicación en pro de la sanidad pública y a la vez la defensa del statu quo de “plazas en propiedad”.

En este contexto de un debate enrarecido en el que no se suele reconocer o explicitar la existencia de intereses contrapuestos, y la necesidad de clarificar, modificar y negociar los roles profesionales y las relaciones laborales, urge que se aporten elementos objetivos y algo de ciencia al debate. Esperamos así contribuir a enriquecerlo, ese es el propósito del resto de este artículo.

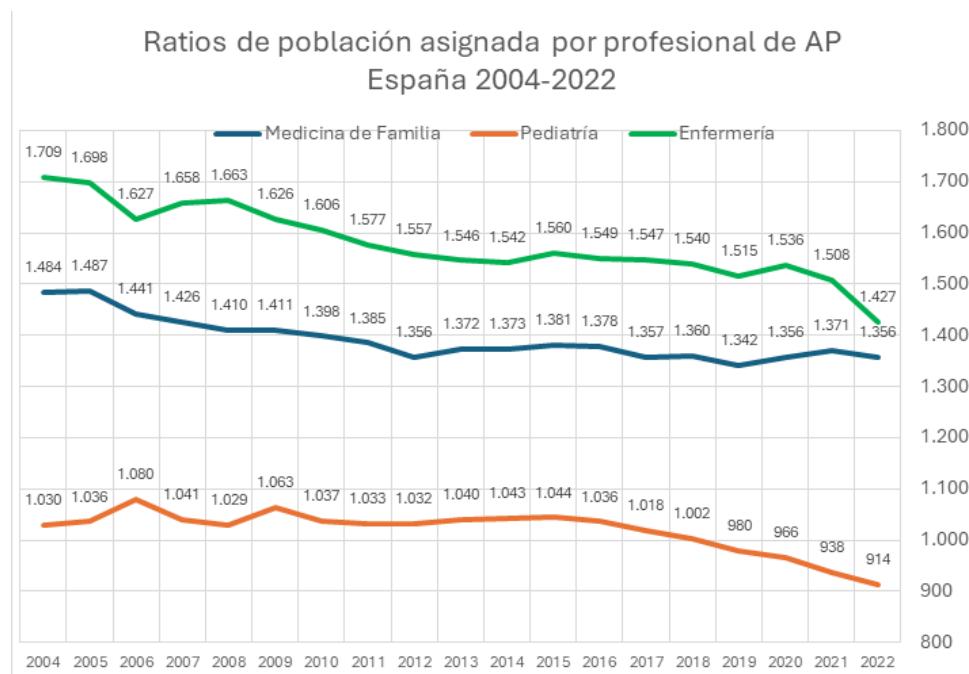


Figura 1. Evolución de los datos de población asignada por profesional de AP en España, de 2004 a 2022. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Ministerio de Sanidad.

Ideas para avanzar

De las creencias a los hechos. La necesidad de diagnosticar correctamente el problema

Se crean y amplifican falsedades, que encuentran ecos interesados. Estos son algunos ejemplos

- Que los médicos españoles se van masivamente al extranjero. Los datos de bajas de colegiación en España y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de movilidad internacional de médicos procedentes de España no sustentan esa afirmación.
- Que la crisis es de la AP, cuando lo es de medicina de familia. La especialidad de enfermería comunitaria en el EIR (Enfermero Interno Residente) cotiza bien, y pediatría ocupa buenas posiciones en el ranking MIR (la mitad de los pediatras trabaja en España en AP).
- Que AP debe acaparar el 25% del gasto sanitario. Este “mantra” procede de una recomendación de la OMS, pero se emplea fuera de contexto. El gasto es solo gasto, transferencias de dinero de unos agentes (que financian) a otros (que proveen la asistencia o venden insumos). Lo relevante es qué salud se consigue a cambio de ese gasto. Podría aumentarse la participación de AP en el total del gasto sanitario subiendo precios y salarios, pero ¿es eso lo que se busca, mejorar las cuentas de resultados de la industria, o las rentas de los profesionales, o mejorar la salud? La decisión de gastar más en algo siempre ha de ir acompañada de una estimación de lo que se obtiene a cambio, en nuestro caso, en términos de resultados de salud o de mejoras de equidad
- Que para solucionar la saturación en AP conviene limitar el número de consultas diarias a un tope. Esta recomendación, aun teniendo la ventaja de ser simple y clara, no contribuye a resolver el problema. Primero, porque la demanda es en parte endógena (Casajuana, 2013): el profesional puede conseguir evitar demandas innecesarias; segundo, porque no todas las visitas requieren el mismo tiempo de consulta; y tercero, porque la visita no es la unidad de medida correcta de la actividad de un profesional de AP, que aporta valor con otras muchas actuaciones, domiciliarias, en la comunidad, con grupos de pacientes, etc.

Propongo que la primera idea para avanzar sea recurrir a los datos objetivos y a fuentes primarias oficiales en la medida de lo posible. Y acercarse al análisis sin prejuicios, con la mente abierta y espíritu científico.

Cambios organizativos y de financiación

A lo largo de sus cuarenta años de historia, la organización de la AP en España ha evolucionado muy poco. Son contadas las experiencias de modelos autogestionados por los profesionales (circunscritos a las Entidades de Base Asociativa, EBAS, de Cataluña), o los intentos de integración con otros niveles asistenciales (en Galicia, Euskadi, Cataluña o Andalucía) que solo han sido parcialmente evaluados y no muy favorablemente (Hernando Sarachaga et al., 2021; Esteve-Matalí et al., 2022). La organización de los centros de salud se basa en Equipos de Atención Primaria (EAP), con una coordinadora que suele ser una profesional del equipo, con poca autonomía de gestión y que difícilmente tomará decisiones a riesgo de enfrentarse a sus colegas. Es más bien una *primum inter pares* que jefa, y su misión principal es administrar las órdenes “de arriba” sin provocar conflictos en el equipo. La diferencia entre la holgura de gestión de un EAP en España y uno en Dinamarca, por poner un ejemplo de modelo de autogestión profesional, es abismal.

Una vía de avance para recuperar el profesionalismo perdido con la asalarización, es el pago por resultados, ligando una parte de la retribución a la consecución de objetivos pactados en unos contratos de gestión convenida. Ir pasando progresivamente de pagar por ser a pagar por hacer y a pagar por lograr (salud). Pero la productividad variable representa en España una parte muy pequeña de la retribución y aunque se está avanzando en la definición y medición de indicadores de desempeño (performance) para el pago por resultados, el avance es lento y las barreras al cambio, grandes.

Se han propuesto también cambios más radicales, como la financiación capitativa de redes de AP, integradas con hospitales para reemplazar el pago por salarios. Pero antes de plantear cambios radicales en la financiación habría que hacerlos en la organización y en las reglas del juego de la gestión.

De alguna manera, parece que la AP se parece al conejo del cuento de Alicia en el País de las Maravillas, que corre muy deprisa, pero sin rumbo, y se lamenta de que llega tarde (*¿a dónde?*). Por eso, es buena idea la de un EAP de Barcelona que un día cada trimestre bloquea las agendas, nadie ve pacientes, salvo urgencias, y todos los profesionales hacen una tormenta de ideas para detectar problemas y disfuncionalidades y encontrar soluciones, siempre adaptadas localmente. Así, se trata de repensar cómo organizarse para que cada minuto de tiempo de cada uno aporte valor, y que cada profesional trabaje en el límite de sus competencias. Y definir claramente las competencias profesionales de enfermería, que puede hacer mucho por la salud, de los asistentes clínicos y de las nuevas profesiones emergentes.

La AP ha de recuperar espacios abandonados, trabajar en la comunidad, escuelas, residencias, domicilios. Ir más allá del estrecho cómputo de las visitas diarias.

Se ha de recuperar el prestigio en la profesión, con mayor presencia en la Universidad, en los proyectos investigación, liderando innovaciones en salud digital que tienen un enorme potencial para la AP, pues entre otras grandes ventajas, acercan los centros de salud rurales y aislados a los hospitales, trabajando en remoto. Otra idea, es identificar referentes y líderes (que los hay) para que transformen la imagen de la profesión, el que haya en España tres sociedades médicas diferentes de medicina de familia no ayuda. Por supuesto, pagar más, y ofrecer condiciones laborales flexibles adaptadas a las preferencias de los profesionales, compatibles con la conciliación (Barber Perez & Gonzalez Lopez-Valcarcel, 2022). En el Reino Unido, la reforma de 2012 se resumía con esta frase: “el dinero sigue al paciente” (Marshall et al., 2014). Pues lo cierto es que el médico sigue al dinero, como se aprecia analizando los rankings de las especialidades en el MIR español. Una señal clara de mercado sería subir las retribuciones relativas en AP respecto a hospitales.

Por último, para aumentar la capacidad resolutiva no sólo hace falta tecnología (y formación para usarla), también liberar a los profesionales de tiempo de trabajo sin valor para que puedan dedicarlo a aumentar la cartera de servicios. La clarificación de los roles de enfermería es fundamental en esta tarea.

De alguna manera, parece que la Atención Primaria se parece al conejo del cuento de Alicia en el País de las Maravillas, que corre muy deprisa, pero sin rumbo, y se lamenta de que llega tarde (*¿a dónde?*)

Señalar correctamente

La Real Academia Española define “señalizar” como “colocar, especialmente en las carreteras y otras vías de comunicación, señales que sirvan de guía a los usuarios”.

Aplicado a nuestro caso, no se trata de escribir informes grandilocuentes, planes maximalistas ni odas a la AP, sino de emitir señales claras de voluntad política hacia un rumbo en que la AP sea el eje vertebrador de la sanidad. Algunas señales ya se han emitido, como el plan de digitalización, la definición de plazas de difícil cobertura con incentivos específicos, o la paulatina mayor presencia de la medicina de familia en las universidades. Pero falta mucho más.

El poder de la comunicación

Mejorar la comunicación interna en el centro de salud ayuda a recuperar el profesionalismo, a alinear los intereses del trabajador y de la organización, a mejorar el clima laboral y abonar el terrero para los proyectos innovadores. Potenciar la comunicación interna ascendente, del profesional hacia el directivo, reduciría el problema, percibido en el sector, de que no se escucha a los profesionales (Ballvé Moreno et al., 2010). Por su parte, la comunicación descendente necesita mejorar sustancialmente (¿cuántos profesionales de atención primaria conocen los contratos de gestión convenida que han firmado sus directivos?) para que el profesional, conociendo los objetivos de la organización, se identifique con ellos o los discuta. Hay que neutralizar los rumores con información directa de primera mano por los directivos. Por otra parte, la comunicación transversal intra-equipo entre los profesionales y demás trabajadores cohesionará la organización, potencia la coordinación, mejor a la calidad de la atención sanitaria y engendra proyectos compartidos.

En cuanto a la comunicación externa, la más importante es la relación con los pacientes, una relación de confianza, conocimiento mutuo y empatía (Beck et al., 2002), para cimentar un modelo de decisiones compartidas, que no es, ni debe ser, de talla única sino hecho a medida de cada paciente. Las habilidades comunicativas, tanto en comunicación verbal como no verbal, son materia de asignaturas optativas en el grado de medicina. Las herramientas digitales disponibles hoy en día (incluyendo la monitorización a distancia) son grandes aliadas de comunicación profesional-paciente, que es la base de la atención primaria.

La comunicación externa de la atención primaria con los otros niveles asistenciales necesita más simetría (de flujos de información, de consideración profesional). En parte es consecuencia, en parte causa, del statu quo de inferioridad con que se trata a la AP en algunos ámbitos. No es solo un problema de comunicación, sino de visión, de organización y de financiación. Una buena comunicación entre atención primaria y hospital es condición necesaria, que no suficiente, para la continuidad y calidad del cuidado (Kripalani et al., 2007)

Por último, la comunicación externa de la atención primaria, del resto de niveles asistenciales, y de la alta dirección del sistema sanitario hacia la sociedad y la opinión pública es una pieza clave en cualquier plan de mejora de la imagen y el prestigio social de la medicina de familia y la atención primaria. Los mensajes deben ser coherentes con la imagen corporativa y las distintas personas de la organización, sea cual sea su nivel asistencial y función, deben comunicar de forma consistente.

Conclusiones

La AP en España es paradójica: muy necesaria pero poco demandada por los médicos, que tienen cada vez menos pacientes a su cargo, pero más agobio. Cuando se hizo la reforma de la AP, hace ya cuarenta años, había un proyecto común, un rumbo. Aunque el país tardó casi dos décadas en completar la reforma, se siguió la ruta y se alcanzó la meta. Pero hoy en día no se puede identificar un rumbo claro y consensuado en el SNS para la AP, más allá de las odas y los buenos deseos. Los sucesivos planes y estrategias para la AP, desde 2007, no se han traducido en una mejora clara de la cotización de la medicina de familia en el MIR, que es una señal clara en un mercado excepcionalmente transparente en este país. La renovación generacional de los médicos de familia y el potencial de la digitalización para consolidar redes donde los profesionales del mundo rural no se sientan aislados son motivos de optimismo, pero tal vez la reforma de la AP deba ser menos incremental y más disruptiva, en lo organizativo y en la financiación y gestión. Una buena comunicación, sobre lo que AP es y lo que aporta a la salud de la población y del sistema, es pieza clave en el proceso de cambio.

Bibliografía

- Abellán Perpiñán, J. M., Sánchez Martínez, F. I., Martínez Pérez, J.-E., & Ruiz López, J. J. (2024). La atención primaria de salud en la Región de Murcia: Situación actual y propuestas de mejora. Consejo Económico y Social de la Región de Murcia.
- Ballvé Moreno, J. L., Pujol Ribó, G., Eguino San Roman, B., Castella Cuesta, C., & Moreno Bella, J. L. (2010). La comunicación interna en atención primaria, una aproximación cualitativa. *Atención Primaria*, 42(3), 185-186. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.05.011>
- Barber Perez, P., & Gonzalez Lopez-Valcarcel, B. G. (2022). Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Ofera_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf
- Beck RS, Daughtridge R. & Sloane PD. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 15(1), 25-38.
- Bjerrum L, Llor Vilà C. (2012). Dinamarca. AMF 8(8):519-521. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/dinamarca>
- Casajuana J, Gérvias Camacho JJ, Universitat Pompeu Fabra. La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10230/20284>
- Comisión Europea. (2018). A new drive for primary care in Europe: Rethinking the assessment tools and methodologies: Report of the expert group on health systems performance assessment. Publications Office. <https://doi.org/doi/10.2875/58148>
- Esteve-Matalí, L., Vargas, I., Cots, F., Ramon, I., Sánchez, E., Escosa, A., & Vázquez, M. L. (2022). ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Experiencia en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 36, 324-332. DOI: 10.1016/j.gaceta.2021.06.004
- Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios CCOO (FSS-CCOO). (2019). Plan Integral de Atención Primaria SNS. <https://www.ccoo.es/7076864c59cf91de0011b51a7d15b19f000001.pdf>
- Fundación Ramón Areces e IVIE. (2021). Sistema de indicadores de accesibilidad a los servicios sanitarios. València, mayo de 2021. Base de datos disponible en: https://www.ivie.es/wp-content/uploads/2018/12/Indicadores_Accesibilidad_Servicios_Sanitarios_2019.xlsx
- Gérvias, 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), 245-257.
- González López-Valcárcel, B., & Barber Pérez, P. (2024). La Medicina de Familia en el MIR. Wishful thinking y realismo constructivo. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 17(1), 5-8. <https://doi.org/10.55783/rcmf.170101>
- Hernando Sarachaga, G., Izaguirre Olaizola, J., & Aguirre García, M. S. (2021). Integración del cuidado de la salud en Euskadi: Estudio cualitativo y diagnóstico del proceso de implementación de Osakidetza-Sistema Vasco de Salud. <https://doi.org/10.5295/cdg.181030gh>
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., & Baker, D. W. (2007). Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*, 297(8), 831-841. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>

Marshall, L., Charlesworth, A., & Hurst, J. (2014). The NHS payment system: Evolving policy and emerging evidence. London: The Nuffield Trust.

Ministerio de Sanidad (2022). Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP). Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/profesionales/equipos-de-atencion-primaria-eap>

Ministerio de Sanidad (2021). Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-23. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejolnterterri/docs/1434.pdf>

Ministerio de Sanidad (2019). Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_EstrategicoAPS_25Abril_2019.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Marco Estretégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

Ministerio de Sanidad (2022). Indicadores clave. Sistema Nacional de Salud. <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>

OECD. (2023). Health at a Glance 2023. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/7a7afb35-en>

Pérez, M. (1989, octubre 28). La silla del doctor Marañón. El País. Disponible en: https://elpais.com/diario/1989/10/28/sociedad/625532403_850215.html

Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? New England Journal of Medicine, 363(26), 2477-2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>

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. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>