



Artículo especial

Reflexiones de un médico de familia sobre la atención primaria española tras 30 años en la trinchera

Juan Simó Miñana*

Medicina de Familia, Centro de Salud Rochapea, Pamplona, Navarra, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de octubre de 2022

Aceptado el 22 de octubre de 2022

Palabras clave:

Atención primaria
Servicios sanitarios
Gestión de servicios Sanitarios
Política sanitaria
Medicina de familia

RESUMEN

La atención primaria española tiene problemas urgentes y problemas importantes. Los problemas urgentes precisan de una inversión multimillonaria. Los importantes requieren un rediseño del modelo que refuerce la longitudinalidad y otorgue mayor autonomía profesional. No sabemos si su mejor futuro vendrá tras una transición por reforma o tras una ruptura por desplome del actual modelo. La mejor opción la representa el «radicalismo selectivo»: poner en práctica en algunos centros algunas medidas escogidas de gran alcance que mejoren el modelo, incluidos los cambios normativos, especialmente aquellos relacionados con la autonomía de la gestión y el empoderamiento de la atención primaria, y que se extiendan luego a los demás en un proceso de innovación-difusión. Desde lo macro, las instituciones políticas, académicas y sanitarias deben tomar medidas que hagan atractiva la atención primaria –para los ciudadanos y los profesionales– y acaben con su descremado sociológico, pues la atención primaria ha de ser para todos o nunca será.

© 2022 The Author. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Reflections of a family doctor on Spanish Primary Care after 30 years in the trench

SUMMARY

Keywords:

Primary Care
Health Services
Health Services Management
Health Policy
Family Medicine

Spanish primary care has urgent problems and important problems. Urgent problems require a multi-million investment. The important ones require a redesign of the model that reinforces longitudinality and grants greater professional autonomy. We do not know if its best future will come after a transition by reform or after a rupture due to the collapse of the current model. The best option is «selective radicalism»: implementing in some centers some far-reaching selected measures that improve the model, including regulatory changes, especially those related to management autonomy and the empowerment of primary care, and then extended to others centers in a process of innovation-dissemination. From the macro perspective, political, academic and health institutions must take measures that make primary care attractive –for citizens and professionals– and put an end to its sociological skimming, since primary care must be for everyone or it never will be.

© 2022 The Author. Published by Elsevier Ltd. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Escribo este texto a punto de cumplir los 60 años de edad y a 5 de la jubilación. Tras la formación como médico interno residente (MIR), he ejercido como médico de familia de equipo de atención primaria (EAP) durante más de 30 años ininterrumpidos, actualmente en el Centro de Salud Rochapea (Pamplona). Soy tutor de residentes desde 1995. El tango dice que 30 años no es nada, pero es mucho tiempo en la biografía vital y laboral de una persona y es suficiente para enjuiciar la situación del ejercicio como médico de EAP en España.

Los riesgos de enjuiciar

Cuando enjuiciamos algo tendemos a considerar de sobremanera aquello que refuerza nuestras convicciones y, por el contrario, apenas tomamos en cuenta lo que las debilita. Un auténtico sesgo cognitivo que impide ampliar las vías de salida y de mejora. Es más, en un afán simplificador, tendemos a pensar que todo se arreglaría modificando un «par de cosas». Y... ¡cómo no!... cada uno de nosotros tiene ese «par de cosas» preferido que es, en el mejor de los casos, aquel más próximo a sus convicciones y, en el peor, aquel que anida en sus prejuicios. Esto conduce casi siempre a un estéril seudodebate alrededor de lugares

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ju.simom@gmail.com.

comunes en un bucle sin salida. Solo existe un punto de partida desde donde iniciar el camino de mejora de nuestra atención primaria. Este punto será aquel que minimice la interferencia de los prejuicios y eluda el trayecto circular alrededor de lugares comunes. Intentaré, pues, que mis prejuicios apenas interfieran en el análisis y trataré de no perder el tiempo –ni hacérselo perder al lector– alrededor de tópicos convencionales que no conducen a ningún sitio.

Igual que hace décadas y, por tanto, peor

La atención primaria española sigue con la mayoría de los graves problemas detectados hace ya muchos años. Afortunadamente, y por mera cuestión biológica, ya no es problema el enfrentamiento entre los profesionales MIR y no MIR durante los primeros años de la reforma a la hora del acceso a plazas. Tampoco existe ya el alto riesgo de desaparición de la medicina de familia como especialidad MIR que amenazaba a mediados de los 90. Desprestigiada socialmente, subalterna del hospital, poco atractiva entre los candidatos a MIR, las consultas médicas masificadas con escaso tiempo por paciente, la burocracia mantenida e irracional distribución de tareas son, entre otros, los problemas que persisten. Todos ellos identificados desde hace muchos años. Ninguno de ellos solucionado por el *gerencialismo* en su regulación «desde arriba» hasta el mínimo detalle organizacional y de gestión de recursos en los centros. Pese a que este *gerencialismo* se presenta a sí mismo como técnico y neutral, su fracaso en el ámbito sanitario, especialmente en la atención primaria donde el 90% de la inversión se destina al personal, pivota justamente sobre algo tan poco técnico y tan poco neutral como es considerar los recursos («recursos humanos») a las personas, a los profesionales. La diferencia es clara: con los recursos uno hace lo que quiere, con las personas no¹.

Un erial inhóspito, casi hostil

Los centros de salud se han convertido en un lugar inhóspito, casi hostil, donde ejercer la medicina por, entre otras, una sobrecarga laboral creciente sin posibilidad alguna de desarrollo profesional. Empieza uno con 28 o 29 años de edad, tras el periodo MIR y se jubila con 65 haciendo exactamente lo mismo que el primer día: emplear todas las horas de la jornada laboral en atender una demanda creciente en consulta o a domicilio. Un ejercicio de la medicina a destajo, a toda prisa, indigno para los profesionales y los pacientes. Una atención primaria con un desarrollo profesional clínico ausente por el fracaso más absoluto del sistema de la carrera profesional y con una docencia MIR cada vez más imposible por la falta de tiempo para desarrollarla como es debido. Una atención primaria con médicos de familia tratados por muchos de sus colegas hospitalarios y gerentes como médicos de segunda división. Cargados con todo aquel papeleo, útil o inútil, que nadie quiere hacer y con toda aquella actividad que otros rechazan con el clásico «eso a mí no me toca». Una atención primaria sin apenas espacio para la investigación, porque la atención a la pura demanda lo inunda todo y por la nula potenciación de la misma por parte de los políticos sanitarios y sus gerentes. Por no hablar del nulo papel reservado a la medicina de familia en la universidad española: ningún departamento de medicina de familia o de atención primaria como existen en casi todos los países europeos².

La medicina de familia no ha cotizado muy al alza en la elección MIR, más bien a la baja, especialmente en los últimos lustros. Muchos pensábamos que esto se debía a que los estudiantes de Medicina no rotaban por los centros de salud. «No se puede querer lo que no se conoce» –pensábamos. Algunos creemos que este empeoramiento en la cotización MIR de los últimos años ya no es porque los estudiantes desconozcan la atención primaria sino por todo lo contrario. Ahora mismo, la práctica totalidad de los estudiantes de Medicina del país rotan por los centros de salud. Y como no son tontos, comparan lo que ven en el centro de salud con lo que ven en el hospital. Y si antes tenían dudas, tras la rotación por el centro de salud, las dudas se disipan y

aunque valoran mucho esta rotación, al elegir una especialidad prefieren el hospital que al centro de salud^{3,4}.

Lo mismo pasa con los médicos de familia recién especializados. Profesionales bien formados y codiciados por los sistemas sanitarios europeos que les ofrecen mayor estabilidad laboral, desarrollo profesional y, por supuesto, también mejores salarios. España no puede competir en salarios con aquellos países de mayor renta a donde emigran nuestros médicos, pero sí puede y debe ofrecer mayor estabilidad laboral y mejores condiciones para el desarrollo profesional clínico, docente y de investigación. De esto último, nada de nada. La atención primaria en España se ha convertido en un erial, un páramo yermo en el que solo crece la desmoralización de sus médicos.

Desmoralización profesional

La creciente desmoralización profesional hace que la situación de la atención primaria sea peor de lo que parece. Quizá el asunto vaya ligado a la biología y al carácter del grueso de los médicos de familia de los centros de salud, el grupo de especialistas más envejecido del Sistema Nacional de Salud (SNS)⁵. Los años no pasan en balde y las primeras promociones MIR, en su momento innovadoras y propulsoras del cambio, están al borde de la jubilación o ya jubiladas. Al tiempo, comprobamos un escaso recambio generacional médico en los centros de atención primaria. Entre unos y otros, queda el alicaido, envejecido y desmoralizado grueso actual de médicos de los centros de salud.

Las dificultades de acceso a la formación especializada y al mundo laboral, las expectativas a la entrada y el ambiente en el lugar de trabajo condicionan e imprimen carácter. Para quienes iniciamos nuestra práctica como médicos de EAP a finales de los 80 e inicios de los 90, estos aspectos tenían un significado muy distinto al que tienen ahora para aquellos que lo iniciaron en los últimos años. En aquellos primeros años, la especialidad de medicina de familia tenía su atractivo, incluso en la cotización MIR. Debido a la relación número de candidatos/número de plazas MIR (10 o más por plaza) y al alto desempleo médico, la obtención de una plaza MIR era entonces muy valorada aun siendo de medicina de familia. También el ejercicio profesional en los primeros centros de salud se presumía un ilusionante reto. Se iniciaban cambios que muchos considerábamos importantes en la sanidad pública, incluida la reforma de su atención primaria, y que de hecho lo fueron. Aquellas circunstancias, bien distintas a las de ahora, imprimieron cierto carácter de idealismo y docilidad –casi mansedumbre– en aquellos jóvenes médicos de familia confiados en lo que se les prometía traería la reforma. Confiamos también en que la gestión «desde arriba», pese a imponer sus «cadenas», mejoraría las cosas y que todo era cuestión de tiempo. Pero ahora, muchos años después, y tras comprobar fehacientemente que no, y más que decepcionados, solo desean que sus condiciones laborales no empeoren más durante los pocos años que restan hasta la jubilación.

Lo que pudo haber sido y no fue, repercute negativamente en la moral de muchos profesionales, más en la medida del paso y del peso de los años, y sus consecuencias son muy palpables. En algunos casos conduce a un acomodamiento a «las cadenas» sustanciado en un modo poco comprometido de ejercer (desprofesionalización), pues las dificultades impuestas por las mismas obligan, cada vez más, a nadar contracorriente para hacer bien las cosas⁶. Unas «cadenas» que llevamos con resignación conformista, en un estado a medio camino entre la indefensión aprendida y el síndrome de Estocolmo, que aviva la cultura de la queja y bloquea la innovación «desde abajo». Un estado que asocia un sentimiento de culpa en muchos de nosotros por no haber sido capaces de cambiar las cosas para entregar a las jóvenes generaciones de profesionales una atención primaria, en el día a día de la práctica clínica, mejor que la que recibimos. Esperemos que la nueva savia profesional procedente de algunos esperanzadores «brotes verdes»⁷⁻¹¹ sea capaz de hacerlo con mayor determinación con la que algunos lo intentamos hace algunos años^{12,13} y, además, lo haga sin prejuicios,

sin perder tiempo alrededor de lugares comunes y cuidándose del «fuego amigo».

Problemas urgentes y problemas importantes ¿reforma o ruptura?

Nuestra atención primaria arrastra desde hace años el lastre de la progresiva decadencia de un modelo agotado al que la pandemia ha dejado prácticamente agónico. Un modelo denominado hasta hace poco «nuevo modelo» pero ya más viejo que aquel al que tan lentamente sustituyó. Ante esta situación de emergencia, se precisa una urgente inversión multimillonaria –en tecnología, en ladrillo y en personal–, introducción de nuevos perfiles profesionales y aumentar las competencias del personal administrativo y de enfermería. El importante problema relativo al rediseño del modelo exige cambios de actitud frente a la atención primaria que respeten sus atributos nucleares, especialmente la longitudinalidad. Y lo más relevante, otorgar autonomía organizativa y de gestión a sus profesionales con rendición de cuentas¹⁴. No sabemos si su mejor futuro vendrá tras una transición por reforma del modelo actual o tras una ruptura por desplome del mismo. Por la salud de los profesionales y los pacientes, la mejor opción la representa el «radicalismo selectivo»¹⁵: poner en práctica en algunos centros algunas medidas escogidas de gran alcance, incluidos cambios normativos, especialmente aquellas relacionadas con la autonomía de sus profesionales, y extenderlas luego a los demás centros en un proceso de innovación-difusión.

El camino hacia la mejora

Una mejor atención primaria solo será posible si se consensúan 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 actual modelo 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. Por ello, los cambios, incluidos los legislativos, han de promocionar, no solo posibilitar, esta innovación «desde abajo». Esto no significa que no se necesiten gestores, claro que se necesitan. Pero no esas voces de sus amos que, salvando las contadísimas y honrosísimas excepciones, son poco más que capataces de una cuadrilla de convictos. Necesitamos, pues, también desesperadamente, gestores y directivos facilitadores del cambio, del desarrollo y empoderamiento de la atención primaria y sus profesionales. Pero claro, si tenemos meros capataces tendremos irremediablemente meros convictos, encadenados unos a otros por el mismo gaznate, compartiendo todos, capataces y convictos, el destino más mediocre.

Una atención primaria para todos: el descremado

Necesitamos una atención primaria que sea utilizada y apreciada por la gran mayoría de la población, sin distinción por clase social, nivel educativo o de renta. Sin embargo, nuestra atención primaria sufre un *descremado sociológico*, creciente y consistente, en que determinados grupos y colectivos socioeconómicos más pudientes, instruidos e influyentes que la media y con derecho de acceso a la atención primaria, disponen o han dispuesto hasta hace pocos años, además, de subsistemas alternativos de atención de provisión privada, sin atención primaria y directamente financiados –o incentivados fiscalmente– con dinero público. La mayoría de estos subsistemas, de origen franquista o preconstitucional, supusieron una auténtica dualización de nuestra sanidad pública que actualmente todavía persiste¹⁶. La Ley General de Sanidad de 1986 mandaba integrar en el SNS la asistencia sanitaria de

todos los ciudadanos cubiertos hasta entonces por los diversos subsistemas de financiación pública existentes. Pero la norma se cumplió solo parcialmente y no es casualidad que de todos esos subsistemas persistieran aquellos de provisión privada y sin atención primaria¹⁷. Accedieron a ellos, y todavía acceden, los sectores sociales relativamente privilegiados, con mayor nivel educativo, de renta, y con mayor peso e influencia política y mediática. Los sectores que no se han sentido nunca concernidos por los problemas de la atención primaria sencillamente porque la misma nunca figuró en el esquema asistencial de dichos subsistemas. Su persistencia es una de las fuentes del *descremado sociológico* de la atención primaria. Las otras dos son la incentivación fiscal del seguro médico privado y la financiación pública de seguros médicos privados a miembros de instituciones, empresas u organismos públicos¹⁸. El *descremado* priva a la atención primaria del potente estímulo a la mejora del servicio que ejercen los ciudadanos más exigentes, informados e influyentes. Este *descremado*, regado siempre con dinero público, es la causa «madre», la causa de las causas, del progresivo deterioro, el agotamiento y el debilitamiento de nuestra atención primaria por pérdida progresiva de apoyo social y político¹⁹. Las instituciones políticas y sanitarias deben intervenir a nivel macro mediante la normativa necesaria que anule este descremado y la dualización sanitaria.

Trastorno por déficit de atención (primaria) con hiperactividad (hospitalaria)

Una débil atención primaria no contrarresta correctamente la ley de cuidados inversos²⁰ 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 especializados. Se resienten así la equidad y la calidad del SNS que ya padece un claro trastorno por déficit de atención (primaria) con hiperactividad (hospitalaria) por el creciente hospitalocentrismo del sistema y la fascinación tecnológica. Su debilidad dificulta hasta su papel de articulación entre lo sanitario y lo social. Las instituciones políticas, sanitarias y académicas han de tomar medidas que empoderen a la atención primaria y la hagan más atractiva para los ciudadanos y los profesionales, pues socialmente ha mostrado sobradamente su conveniencia en términos de la equidad, los resultados en salud y en la eficiencia para el sistema y la población²¹.

Teníamos pocos problemas y el mundo pidió una pandemia

La crisis pandémica ha terminado de desvelar una serie de graves problemas en nuestro SNS cuyas soluciones pasan, pensamos algunos, por la redacción de una nueva ley general de sanidad con orientación federal²². Un nuevo texto legal que, entre otras, mejore una concepción del SNS que vaya más allá de la suma de unos servicios autonómicos de salud que, en su mayoría, ni siquiera existían cuando se promulgó la Ley General de Sanidad de 1986. Que otorgue personalidad jurídica propia al SNS, que permita una auténtica gestión del mismo, sustituida ahora *de facto* por la de 17 servicios de salud autonómicos de funcionamiento casi independientes. Que refuerce al Ministerio de Sanidad como órgano de gobierno y de dirección de la política sanitaria y sitúe en el mismo, el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria. Que establezca definitivamente la universalización de la asistencia sanitaria como derecho de la ciudadanía, especialmente en el ámbito de la atención primaria, con la desaparición de anacrónicos subsistemas de provisión privada sin atención primaria financiados públicamente. Desde el punto de vista meramente asistencial, la pandemia, con sus exigencias y consecuencias, ha puesto de rodillas al SNS, ha destapado sus carencias y amenaza con romperlo todavía hoy casi 3 años después. La pandemia sorprendió a un SNS con escasez crónica de recursos, intensificada por los recortes presupuestarios de la pasada década, especialmente virulentos en la atención primaria. Las consecuencias de la crisis

pandémica probablemente representen el certificado de defunción de un modelo de atención primaria que ya hacía aguas desde tiempo atrás y la pandemia probablemente signifique, si los políticos no lo remedian, la losa definitiva sobre su tumba.

Nota final

Se me dirá que este texto ofrece una pesimista visión médica-céntrica y, por tanto, sesgada de la realidad de la atención primaria española. Pese al intento de soslayar la interferencia de los prejuicios, uno no puede evitar vivir lo vivido, leer lo leído y aprender lo aprendido. Y todo ello desde una práctica de muchos años como médico de familia de EAP, desde los inicios ilusionantes hasta los últimos años de decadencia. La norma que creó la especialidad de medicina de familia dice que el médico de familia «constituye la figura fundamental del sistema sanitario»²³. La realidad nos ha mostrado que el sistema no ha tratado al médico de familia como «figura fundamental» de nada. Se me reconocerá al menos que, si no del sistema sanitario, el médico de familia es la «figura fundamental» de la atención primaria. Bien está, por tanto, disponer de su visión «sesgada». Los lectores de Atención Primaria Práctica, los buenos profesionales, instruidos y tolerantes, sabrán juzgar este texto por su intención más que por el modo en que he sido capaz de expresarme.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Simó J. Modernizar los recursos humanos: un lapsus de nuestro inconsciente colectivo organizacional. *JANO*. 2004;66(1516):25 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: https://47700ece-77ae-4ad9-bf57-3f5427a75f09.filesusr.com/ugd/333ecd_8a74bb79f5084727b067207c59f10798.pdf.
2. Casado V. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. Gac. Sanit. 2012;26(S):69-75 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <http://www.gacetasanitaria.org/es-la-medicina-familiar-comunitaria-universidad-articulo-S0213911111002767>.
3. Rodríguez MC, Diez N, Alegre M, Arbea L, Sánchez P, Ferrer M. Valoración de tutores clínicos y estudiantes de medicina respecto a las rotaciones en centros de atención primaria y hospitalares. Aten. Primaria. 2016;48:2010-2 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-valoracion-tutores-clinicos-estudiantes-medicina-S0212656715002103>.
4. Mena G, Llupià A, Sequera VG, Aldea M. Formación sanitaria especializada: preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina. Med. Clin. (Barc.). 2013;140(3):135-8 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-linkresolver-formacion-sanitaria-especializada-preferencias-percepciones-S0025775312008329>.
5. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. EcoSalud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Enero; 2022. Ministerio de Sanidad. [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/home.htm>.
6. Bravo R. La nobleza en atención primaria. Blog Primum Non Nocere. 2012 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://rafabravo.blog/2012/03/05/la-nobleza-en-atencion-primaria/>.
7. Minué S. 35 Seminarios de Innovación en Atención Primaria: entre la leyenda y la epopeya, 26-8-2017. Blog El Gerente de Mediado; 2022 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://gerentedemediado.blogspot.com/2017/08/35-seminarios-de-innovacion-en-atencion.html>.
8. Cebecera La. Por una atención primaria universal y de calidad. [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://lacabecera.org/>.
9. Rebel·lió Atenció Primària [Blog]. <https://rebelionprimaria.wordpress.com/>.
10. Foro Andaluz de Atención Primaria [Blog]. <https://foaap.wordpress.com/>.
11. Fòrum Català d'Atenció Primària [Blog]. <https://focap.wordpress.com/>.
12. de Pablo R. En busca de la dignidad perdida. Plataforma 10 minutos; 2022. [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://es.slideshare.net/rpm1954/plataforma-10-minutos-omc-octubre-07-fotos-42983613>.
13. El Compromiso de Buitrago. [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <http://www.observatoriosanitario.org/Buitrago/tabit/58/Default.aspx>.
14. Minué S, Bravo R, Simó J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19. AMF. 2020;16(7):384-93 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://amf-semfyc.com/web/article/2717>.
15. Ortún V, López G. La reforma del sistema sanitario español: Radicalismo selectivo. Economía de la salud. El sistema sanitario español. Hacienda Pública Española 1993, Monografías I: 15-31. Instituto de Estudios Fiscales; 1993. [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://www.upf.edu/documents/2984046/2986000/RadicalismoSelectivo93.pdf/a8da317f-c5ad-4b09-a740-e8e40f4bc1b7>.
16. Freire JM. La dualización de la sanidad pública española y sus consecuencias. XXX Jornadas de Economía de la Salud. Valencia; Junio 2010. p. 22-5. [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://es.slideshare.net/AsociacionEconomiaSalud/josmanuel-freire>.
17. Simó J. Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. AMF. 2015;11:504-11 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://amf-semfyc.com/web/article/1470>.
18. El Simó J. descremado sociológico de la atención primaria española. EL MÉDICO. 2017;1179:14-9 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://elmedicointeractivo.com/descremado-sociologico-atencion-primaria-espanola-20170208151650110293>.
19. La Simó J. causa de la causa del ocaso de la atención primaria español. Rev Clín Med Fam. 2021;14:129-30 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://revclinmedfam.com/article/la-causa-de-la-causa-del-ocaso-de-la-atencion-primaria-espanola>.
20. The Inverse Care Law. Tudor Hart. J The Lancet. 1971;297(7696):405-12 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>.
21. Krings D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe. World Health Organization; 2022 [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154350/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf;jsessionid=5467050CA26256F6F3BCG911F920F9F3?sequence=1>.
22. del Castillo Rey, Gálvez R, Martín JJ, Palomo L, Ponte C, Rodríguez C, et al. Plataforma por el gobierno federal de la sanidad universal. Una nueva ley de orientación federal para la sanidad española tras la pandemia. [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://porunaespanafederal.es/una-propuesta-para-una-nueva-ley/>.
23. Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. [Consultado 27 Sep 2022]. Disponible en:: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-3116>.