

Informe SESPAS

# Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012

Juan Gérvas<sup>a,\*</sup>, Mercedes Pérez Fernández<sup>a</sup> y Roberto José Sánchez Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Equipo CESCA, Madrid, España

<sup>b</sup> Gerencia de Atención Primaria. Madrid, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 21 de febrero de 2011

Aceptado el 23 de septiembre de 2011

On-line el 22 de diciembre de 2011

### Palabras clave:

Médico general  
Médico de familia  
Longitudinalidad  
Reforma  
Reputación  
Salud pública

### Keywords:

General practitioner  
Family physician  
Longitudinality  
Reform  
Reputation  
Public health

## R E S U M E N

La reforma de la atención primaria en España de 1984 fue pro-contenido, en el sentido de añadir capacitación y recursos (horas de formación y dedicación al trabajo, y mejora de las condiciones materiales de éste). La reforma no consiguió fomentar la longitudinalidad, ni dio más poder al médico de familia. Es decir, la reforma no logró ser pro-coordinación y facilitar el papel central del médico de cabecera en la prestación de servicios. Con los años persiste la escasa longitudinalidad de la atención, pues no se ha estimulado el estilo de trabajo que la fomenta (con sus beneficios clínicos y de salud pública). Es longitudinalidad 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. Frente a esta tendencia, el lema clínico debería ser «menos es mejor», y eso implica grandes dosis de longitudinalidad. Son varias las medidas que podrían mejorar la longitudinalidad y se refieren a incentivos de «permanencia», aumento del componente de capitación hasta acercarse al 50% del total de la remuneración, mejora de la polivalencia del médico de cabecera, inclusión de la familia en el cupo y una reforma pro-coordinación que convierta a los especialistas en consultores.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Longitudinality, prestige, good reputation (social and professional) and general/family medicine. Clinical and public health aspects. SESPAS Report 2012

### A B S T R A C T

The reform of primary care in Spain in 1984 focussed mainly on skills and knowledge (physician training and working hours) and material resources (new buildings). The reform did not succeed in improving longitudinal care nor did it give primary care physicians greater power, that is, the reform did not increase coordination or strengthen the central role of the family physician in services provision. The lack of longitudinality has persisted over the years since the working methods that encourage it (and its resulting clinical and public health benefits) have not been stimulated. Longitudinality is the personal relationship established over the years between general practitioners and their patients and is defined as (*a*) care by the same family physician of most of the patient's problems throughout his or her life, and (*b*) the recognition by patients and the population of a stable source of care to be used for initial contact and for the follow-up of problems. The tendency in the medical profession and society at large is to respond to an increasing number of health problems more quickly and intensely, with increasingly powerful means and with a greater number of specialists. In turn, this tendency makes medical activities dangerous. To counteract this tendency, a motto of "less is better" should be adopted, implying greater longitudinality. Many initiatives could improve longitudinality, such as incentives for not moving, increasing the capitation component of remuneration to nearly 50%, broadening the range of general practitioners' skills, including family members in the same patient list, and transforming the role of specialists into that of consultants.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La medicina general tiene una historia milenaria, que en lo legal recibió su bautismo con Alfonso X El Sabio, en el siglo XIII, quien en las *Siete Partidas* reconoció la existencia del «físico». Naturalmente, el trabajo del «físico» ha cambiado, pues durante siglos combinó

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jgervasc@meditex.es](mailto:jgervasc@meditex.es) (J. Gérvas).

**Puntos clave**

- El prestigio y la buena reputación social y profesional de los médicos generales/de familia dependen de ofrecer a sus pacientes cuidados variados y proporcionados, preventivos y curativos, a lo largo del tiempo y para muy variados problemas de salud.
- La longitudinalidad es una relación personal a lo largo del tiempo entre el médico general/de familia y sus pacientes, en el contexto de la familia y de la comunidad. Implica un sentido de responsabilidad del médico por todos los pacientes (acudan o no a la consulta) y el reconocimiento por los pacientes de «su» médico como fuente de cuidados.
- La longitudinalidad tiene ventajas clínicas, pues, por ejemplo, permite incrementar la probabilidad pre-test del diagnóstico a muy bajo coste. También permite la «espera expectante» (esperar y ver) con la confianza de responder proporcionalmente a las dudas diagnósticas a lo largo de los días.
- La longitudinalidad tiene impacto en salud pública, pues permite transformar las acciones sobre poblaciones en acciones sobre personas, familias y comunidades, teniendo en cuenta sus características e idiosincrasia.
- La longitudinalidad precisa de políticas, incentivos y organización para que sea característica y capaz de llevar cuidados a toda la población.
- Hay varios estímulos para fomentar la longitudinalidad: incentivos de «permanencia», aumento del componente de capitación hasta acercarse al 50% del total de la remuneración, mejora de la polivalencia del médico de cabecera, inclusión de la familia en el cupo y una reforma pro-coordinación que convierta a los especialistas en consultores.

funciones de médico general, dentista, farmacéutico y cirujano. De todo ello quedó un poco en la figura del médico rural, que incluso tenía cometidos de salud pública (agua, vivienda y demás). Pero la práctica clínica ha cambiado mucho con la última reforma de la atención primaria y el médico general rural ha devenido en médico de familia del centro de salud. Este cambio ha liberado al médico rural de una dedicación exclusiva excesiva, y ha aumentado la oferta con el equipo de atención primaria. Pero ha «desligado» a la población de su médico, y casi ha desaparecido el médico de cabecera «de toda la vida» tanto en el mundo rural como en el urbano.

Suele echarse de menos a este médico antiguo que perdura en la memoria popular, que conocía a la familia «de siempre», que vivía en la comunidad donde trabajaba, capaz de visitar a domicilio sin que le importara, con un inmenso saber consuetudinario (de usos y costumbres) y una relación amigable que le permitía llamar por su nombre a cada miembro de la población. Sin saberlo, los pacientes echan de menos la longitudinalidad de la atención, la relación personal que daba prestigio a un casi «héroe» rural y urbano<sup>1,2</sup>.

El cambio ha sido beneficioso en el sentido de introducir la medicina de familia como especialidad, con su capacitación específica, pero faltan una organización y una política que «pongan en valor» la atención primaria (como demuestra la persistencia de su minusvaloración presupuestaria)<sup>3</sup>. Además, el devenir social, cultural y tecnológico fomenta el consumismo sanitario, bien alimentado por la fascinación tecnológica y por intereses diversos. El prestigio social y profesional lo logran los especialistas con sus tecnologías. Con ello se produce la fragmentación de la atención y la superespecialización, lo que hace más necesario el papel de un médico que coordine los servicios. Sin embargo, las clases media y alta reclaman acceso libre al especialista, como lo demuestran los modelos de provisión privada (MUFACE y similares incluidos). Ignoran que

este modelo puede proporcionar más inmediatez, más pruebas e intervenciones, pero es dudoso que proporcione más salud<sup>4,5</sup>.

La reforma de la atención primaria en España en 1984 fue pro-contenido, en el sentido de añadir capacitación y recursos (horas de formación y de dedicación al trabajo y mejora de las condiciones materiales de éste). La reforma no ha logrado promover la longitudinalidad ni ha dado poder al médico de familia; es decir, en la práctica, no fue una reforma pro-coordinación que facilitara el papel central del médico de cabecera en la prestación de servicios. Y ello tiene consecuencias clínicas y en salud pública, como analizaremos en este texto. Algunas son obvias, como la pérdida de prestigio y de reputación social y profesional de la especialidad de medicina de familia, cada año evidente en el proceso de selección de las plazas de MIR (Médicos Internos y Residentes), consecuencia de un tipo de enseñanza<sup>6</sup>; otras son menos visibles, lo que no les quita interés ni importancia.

**El prestigio de las actividades curativas y preventivas**

En los países desarrollados, la prevención clínica ocupa gran parte del trabajo diario del médico de familia. El aspecto curativo y sanador parece menos interesante, como si todo el prestigio clínico dependiera de las actividades preventivas. A ello contribuye el desprestigio social de las «tecnologías blandas» y la señalada «fascinación tecnológica», además de las prácticas gestoras y políticas que hacen de la atención primaria el «eje» del sistema sanitario sólo en teoría<sup>7</sup>.

En España, el sistema formativo MIR ha dotado a los médicos generales de la mejor formación clínica a que hayan podido acceder en su historia. Y el prestigio social de los médicos se funda en su capacidad clínica, en la relación con los pacientes en la consulta, en el alivio del sufrimiento por las lesiones y enfermedades, y en la ayuda para morir sin dolor y sin desesperación<sup>2</sup>. Además, el médico general ofrece al paciente algunas actividades preventivas apropiadas, como el consejo antitabaco o la recomendación de utilizar métodos anticonceptivos. Estas actividades preventivas, que son las que con más ahínco debería practicar el médico de familia, no otorgan apenas prestigio social. En contraposición, dan relumbramiento las que utilizan tecnologías, como la mamografía, la citología, los análisis de lípidos, la densitometría o la determinación del antígeno específico de la próstata, que practicadas incorrectamente pueden tener consecuencias indeseadas (daños sin beneficios y despilfarro de recursos).

El cambio del contenido del campo curativo al preventivo no se hace «impunemente», pues la prevención tiene más relevancia social que individual<sup>8</sup>. Por ejemplo, si en atención primaria se logra vacunar contra el tétanos a toda la población, el resultado en salud será evitar unos 200 casos anuales (para casi 50 millones de habitantes). A este respecto, el beneficio personal es minúsculo, pero el beneficio social mayúsculo, en especial respecto al tétanos neonatal. Sin embargo, por ejemplo, el diagnóstico rápido y el tratamiento consiguiente de una joven con lupus eritematoso tienen una enorme importancia para la paciente y su familia, como lograr después que esa misma mujer pueda tener un hijo sin mayor dificultad.

La atención primaria que se centra en la prevención y en la promoción de la salud lo hace a costa de perder el prestigio que confiere la atención curativa; lo prudente es la mezcla lógica de ambos campos. Sin embargo, los médicos tienden a ver la prevención desde su atalaya clínica y suelen sobreponderar los beneficios de las intervenciones y minusvalorar sus efectos adversos, con lo cual son proclives a «hacer de más» a los sanos, y ello tiene graves consecuencias; por ejemplo, el exceso generalizado de prevención primaria de las hiperlipidemias con estatinas en enfermedades isquémicas a costa del defecto en la prevención secundaria en éstas<sup>9</sup>.

Una de las causas de la pérdida del prestigio social del médico de familia es que cada vez tiene menos oportunidades de ganárselo con la clínica y la prevención prudente, ya que la tendencia es a aumentar las actividades burocráticas y administrativas en torno a una prevención clínica sin límites<sup>2,10</sup>. Sirva de ejemplo de defecto la pérdida del campo de atención a los pacientes terminales a domicilio, y de exceso la citada prevención primaria de las hiperlipidemias con estatinas<sup>9</sup>.

Si bien la prevención no es una característica básica de la atención primaria, los médicos generales/de familia pueden aportar unas mejores prevención y promoción de la salud por su profundo entendimiento de los pacientes y de la población<sup>10</sup>. 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.

Un balance adecuado de actividades curativas y preventivas podría contribuir decisivamente a dar prestigio a los médicos generales/de familia, en cuanto aumento de la polivalencia (mayor oferta de servicios) y entronque con el deseo social de «prevenir» (selección de pautas apropiadas al contexto). Pero esto requiere trabajar según prestaciones y realizar éstas según coste-efectividad (y coste-oportunidad).

### La longitudinalidad y su impacto clínico

La longitudinalidad se define según dos componentes: 1) la atención por el mismo médico a lo largo de toda la vida de la mayoría de los problemas del paciente (y de la familia), con la aceptación de una responsabilidad de prestación de servicios tanto para los pacientes usuarios como para los no utilizadores, y 2) el reconocimiento de la población y de los pacientes de una fuente de cuidados con la que se cuenta para el contacto inicial y para el seguimiento de la mayoría de los problemas<sup>1</sup>. Ambos componentes puede asumirlos el equipo, pero entonces se refiere más a la continuidad (concatenación de episodios de atención) que a la propia longitudinalidad.

Lo esencial es la relación personal a lo largo del tiempo. Por ello, la longitudinalidad conlleva un profundo conocimiento por el médico de la persona, del enfermo en su entorno, y al tiempo la identificación por la población y los pacientes de profesionales y lugares concretos donde requerir atención<sup>1,2</sup>. La longitudinalidad centra los cuidados en la persona, en la familia y en la comunidad.

Los beneficios clínicos de la longitudinalidad se materializan tanto en el campo del diagnóstico como en el del tratamiento<sup>1,11</sup>. Así, el inmenso acervo de datos «blandos» (el conocimiento previo del paciente en su entorno, y de sus actitudes y sus problemas de salud permanentes y pasados, por ejemplo) permite incrementar la probabilidad pretest del diagnóstico a muy bajo coste. También permite la «espera expectante» (esperar y ver) con la confianza mutua de responder proporcionalmente a las dudas diagnósticas a lo largo de los días.

La longitudinalidad también facilita la adaptación del tratamiento al paciente, en especial en lo que se refiere al cumplimiento de sus objetivos y deseos. Por ejemplo, hay pacientes para quienes lo importante es no tener dolor, mientras que para otros lo clave es mantener la movilidad, e incluso los hay que buscan conseguir paz de espíritu. El médico de cabecera puede entender y prever los objetivos y deseos del paciente (por la experiencia previa con él y su familia), y puede integrar los nuevos tratamientos con los anteriores y concomitantes. Esta actividad integradora es más importante en la actualidad, dada la fragmentación de la atención que conlleva la superespecialización, y la frecuente comorbilidad de los pacientes. Con ello se evitan graves daños (por suma inconveniente de medicamentos prescritos por distintos especialistas, por ejemplo)

y es más fácil conseguir resultados positivos en salud (ajustados al paciente en su contexto).

La longitudinalidad contribuye a dar prestigio y buena reputación al médico de cabecera, por su impacto en el proceso diagnóstico y terapéutico<sup>1,2,11</sup>. La tendencia social y clínica lleva a responder antes, más intensamente y con medios más poderosos a más problemas de salud, lo que convierte a las actividades médicas en la tercera causa de muerte en Estados Unidos<sup>12</sup>. Vivir se ha convertido en una frenética actividad en la cual la resolución de cualquier problema pasa por la inmediatez, lo que implica una sobreintervención y un despilfarro sanitario. El lema clínico debería ser «menos es mejor»<sup>4,5</sup>, y ello implica grandes dosis de longitudinalidad para realizar prevención cuaternaria (en el sentido de evitar los daños que provoca la actividad sanitaria)<sup>10,12</sup>.

### La longitudinalidad y su impacto en la salud pública

De forma similar, la longitudinalidad tiene un impacto positivo en la salud pública al permitir «adaptar» sus actividades a las peculiaridades de cada paciente, familia y comunidad. Consideremos como ejemplo el problema de los embarazos indeseados y los consiguientes abortos voluntarios. Cuando los pacientes cuentan con un médico de cabecera competente y accesible, conocido y apreciado, es fácil prescribir y utilizar apropiadamente los anticonceptivos postcoitales, por ejemplo. De la misma forma, el médico de cabecera puede valorar los antecedentes personales y familiares para aconsejar a la pareja sobre el mejor método anticonceptivo. Llegado el caso, este médico puede ofrecer el aborto farmacológico con calidad técnica y humana.

El impacto de la longitudinalidad se hace evidente en situaciones concretas. Por ejemplo, en la atención a los pacientes de otra cultura. Así, por mucho que extrañe, el aborto quirúrgico es un método anticonceptivo común para las inmigrantes búlgaras. En otro ejemplo, el médico puede rebelarse contra el uso que hacen las mujeres latinoamericanas de la planificación familiar si ignora la significación social que supone para ellas la maternidad (y el machismo familiar). Un buen médico de familia rompe estas barreras culturales y puede ser capaz, por ejemplo, de aprender palabras en su idioma (o hablarlo con fluidez), o incluso viajar a los países de donde proceden sus pacientes inmigrantes para entenderlos y darles una atención digna en España. El médico de cabecera no sólo conoce a sus pacientes y las familias de éstos, sino también sus usos y costumbres y la historia de la comunidad<sup>1,2,11</sup>.

Los planes de salud pública deberían adaptarse a las circunstancias locales y para eso es esencial la longitudinalidad de la atención clínica del médico de cabecera. Los sistemas de gestión que pretenden homogeneizar las conductas de los médicos y los recursos del sistema, independientemente del medio donde se ejerzan, llevan a la inequidad y al desconcierto profesional. La longitudinalidad, centrada en la persona, es clave para dar respuesta a otro grave problema de salud pública: la búsqueda de la equidad en salud<sup>13</sup>. 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 (que suelen ser los que más lo precisan, de acuerdo con la ley de cuidados inversos). 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.

La longitudinalidad hace posible la búsqueda activa del paciente por parte de su médico, en casos seleccionados. Así, debería trabajarse con toxicómanos, enfermos mentales, prostitutas y demás excluidos (del sistema sanitario y casi de la sociedad), que muchas veces dependen casi por completo de las urgencias hospitalarias, lo que no fomenta la longitudinalidad.

La aceptación de responsabilidad por la población que no consulta ayuda en la colaboración con las políticas de salud pública que buscan incrementar el acceso (y el mejor proceso de atención tras el acceso) de los pacientes que más lo necesitan. Naturalmente, la cooperación clínica hay que buscarla de forma inteligente, pues la mejora de la equidad del acceso muchas veces implica costes personales, como por ejemplo cambios en las rutinas de horarios de las consultas. En todo caso, conviene tener en cuenta que habrá marginados que rechacen la atención longitudinal, por lo que conviene que exista un dispositivo asistencial *ad hoc*.

En algunas actividades en salud pública se puede obviar «el paso» por atención primaria. Por ejemplo, en Cataluña se realizó la vacunación contra el virus del papiloma humano a través de los colegios, no de los centros de salud; y en Madrid existen centros de salud monográficos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, o de vacunación y atención para viajeros. Cabe preguntarse por las ventajas y los inconvenientes de tal opción, y si debería aplicarse a otras actividades, pero sin olvidar que se pierden los comentados logros de la longitudinalidad.

Además, casi todas las acciones de salud pública incluyen contenidos clínicos, a realizar con los pacientes, y resulta absurdo duplicar los servicios cuando ya contamos con ellos. Por ejemplo, el tabaquismo es un grave problema de salud pública que sólo puede resolverse con un trabajo multisectorial. La participación decidida de los médicos es fundamental, tanto dando apoyo social a los planes generales como en su labor diaria en la consulta. Es muy eficaz el consejo del médico de cabecera contra el tabaco, y ello depende de la longitudinalidad, del profundo conocimiento de cada paciente en su contexto y de la confianza que éste tenga en él.

Podemos hacernos una idea de las consecuencias del desencuentro entre autoridades sanitarias y médicos clínicos con el ejemplo de la pandemia de gripe A de 2009/10 (mezcla de pánico con intereses industriales, políticos y de los medios de comunicación)<sup>14</sup>. Frente a unos planes alarmistas y poco realistas, los profesionales clínicos, fundamentalmente médicos generales/de familia, pero también otros, y varias sociedades científicas (SESPAS, SEMFYC y otras), reaccionaron promoviendo calma y tranquilidad a través de Internet y de sus consultas. Muchos también se opusieron a los planes de vacunación contra la gripe A. El resultado fue el promovido por los médicos y las sociedades, es decir, calma y tranquilidad (y pocas vacunas). Lamentablemente, además, perdieron crédito las autoridades de salud pública<sup>14</sup>.

Necesitamos, pues, una promoción inteligente de la longitudinalidad que al mismo tiempo racionalice las prestaciones de servicios y el gasto, y que dé prestigio a la profesión al facilitar la cooperación de los médicos de cabecera con la salud pública.

### ¿Cómo promover la longitudinalidad?

El añorado médico de cabecera, rural y urbano, era producto de siglos de evolución en que la clave fue la iguala, un sistema de pago por capitación desarrollado a partir de los gremios de la Edad Media. El médico recibía un tanto fijo mensual por cabeza, con independencia del uso de la consulta, la edad, el sexo y las necesidades de los gremialistas. Con ello el médico se aseguraba unos ingresos fijos, al tiempo que el gremio tenía seguridad en la atención de todos sus miembros, activos, sanos y lesionados, enfermos y familias (viudas y huérfanos incluidos). La iguala tuvo tal prédica que se mantuvo como sistema suplementario de otras remuneraciones, incluso incompatibles legalmente, y por ello han llegado hasta el siglo XXI, aunque ya de forma anecdótica. La iguala influyó en la adopción por la Seguridad Social del pago por capitación y la existencia del cupo, en el caso del médico general (características

que conservó acertadamente la reforma de la atención primaria). La iguala «ligaba» al médico y al cupo, y establecía una «fidelización» entre el profesional y los pacientes. Los traslados se pagaban con la pérdida del cupo y con el costoso trabajo de «crear una cartera de clientes». Por ello, la iguala forzaba la permanencia de por vida del médico en su comunidad (más en el medio urbano, donde no se «heredaba» la iguala como en los pueblos). Es decir, la iguala fomentaba la longitudinalidad. ¿Cómo lograrlo en un sistema de salud pública que ha conservado más bien por inercia el cupo y el pago por capitación?

Son varias las medidas que podrían mejorar la longitudinalidad, disminuir los traslados de los profesionales y fomentar la fidelización del médico y su cupo. Se refieren a:

- 1) 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.
- 2) Aumento del componente de capitación, hasta acercarse al 50% del total de la remuneración (actualmente representa poco más del 5%), con valoración del «peso» del cupo, 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.
- 3) 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, desde cirugía menor a ginecología, desde ecografía a consulta *on-line* con especialistas, más la capacitación en la coordinación de otros miembros del equipo («habilidades de director de orquesta»).
- 4) Integración de los miembros de la familia en el mismo cupo (para fomentar tanto la longitudinalidad individual como familiar).
- 5) Una reforma efectiva de pro-coordinación que convierta a los especialistas en consultores, es decir, que actúen de asesores y no «anclen» a los pacientes a sus propias consultas, y que al tiempo dé todo el presupuesto al médico de cabecera de manera que hasta el especialista hospitalario tenga que ir a su médico de cabecera para ser derivado y atendido en su propio hospital.

Los servicios médicos son servicios personales. Lo que llamamos 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 pendiente de la reforma de la atención primaria, cuya consecución mejoraría tanto la clínica como la salud pública.

### Contribuciones de autoría

Los tres autores prepararon el texto sobre una versión inicial de J. Gêrvas y M. Pérez Fernández. Los tres colaboraron en la redacción e ideas de la versión final.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001. p. 153-181.
2. Gervas J, Starfield B, Minué S, et al. Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe. *Aten Primaria*. 2007;39:615-8.
3. Simó J, Gervas J, Seguí M, et al. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. *Aten Primaria*. 2004;34:472-81.
4. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2. Health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med*. 2003;138:283-98.
5. Redberg R, Katz M, Grady D. Diagnostic tests: another frontier for less is more. Or why talking to your patient is a safe and effective method of reassurance. *Arch Intern Med*. 2011;171:619.
6. López-Roiga S, Pastora M, Rodríguez C. The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students: a Spanish case study. *Aten Primaria*. 2010;42:591-603.
7. Gervas J, Pané Mena O, Sicras Mainar A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:540-4.
8. Segura A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit*. 2006;20 (Suppl 1):88-95.
9. Bonet S, García I, Tomás P, et al. ¿Cuándo y cómo tratamos a nuestros pacientes hipercolesterolémicos? *Aten Primaria*. 1999;24:397-403.
10. Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008;372:1997-9.
11. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:97-102.
12. Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA*. 2000;284:483-5.
13. Starfield B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*. 2011;10:15. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-10-15.pdf>
14. Gervas J, Meneu R. Las crisis de salud pública en una sociedad desarrollada. Aciertos y limitaciones en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010;24 (Suppl 1):33-6.